



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학박사 학위논문

미충족의료 개념의 재정의와 측정

: 이용자 중심 관점에서

Measurement and redefinition of unmet
healthcare need

: A people-centered view

2019년 2월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학전공

박 유 경

미충족의료 개념의 재정의와 측정

: 이용자 중심 관점에서

지도교수 김 창 엽

이 논문을 보건학박사 학위논문으로 제출함

2018년 10월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학전공

박 유 경

박유경의 박사 학위논문을 인준함

2018년 12월

위 원 장 유 승 현 (인)

부위원장 이 태 진 (인)

위 원 조 성 일 (인)

위 원 조 희 숙 (인)

위 원 김 창 엽 (인)

국문 초록

보건의료 체계와 정책에서 ‘필요한’ 의료이용이 제대로 이루어지고 있는지를 확인하는 것은 중요하다. 이를 이해하고 측정하기 위해 사용되는 지표의 하나로 미충족의료 지표가 많은 보건의료 정책과 연구에서 활용되고 있다. 그러나 빠른 속도로 축적되고 있는 연구의 양에 비하면 정책적 활용이 미흡하다는 지적도 있다. 이는 현실에 존재하는 의료이용에서의 미충족이 기존의 개념과 지표로 제대로 파악되지 못한다는 것을 반영한다. 과거의 미충족의료는 지리적, 경제적 접근성에 대한 미충족이 강조되었고 전문가가 판단한 의료필요만이 측정과 설명의 가치가 있는 것으로 인정했다. 오늘날 미충족医료를 그렇게 파악하는 것이 충분한지는 의문인데, 의료필요가 사회와 시대에 따라 변화하고 있으며 한국사회의 의료 접근성은 월등히 향상되었음에도 사람들이 어떤 의료필요를 가지고 있고 무엇에서 충족하지 못하고 있는지에 대해서 잘 파악하고 있지 못하기 때문이다. 이를 과거의 틀로 설명하는 데에는 한계가 있을 수밖에 없으나, 많은 연구가 기존의 지표를 활용한 분석에 그치고 근본적인 수준에서 탐색하지 못했다. 이 연구는 기존의 미충족의료 지표의 한계와 그로 인한 개념의 축소를 문제의식으로 하였다. 미충족의료의 개념과 구성요소를 새롭게 탐색하고 재정립함으로써 이를 측정할 더 나은 방법을 제안하고 그 결과로 지금보다 더 나은 지식과 정책 제안을 할 수 있는 근거를 마련하고자 하였다.

이 연구는 기존의 개념과 측정도구가 지닌 한계를 보완하기 위해 전문가의 관점이 아닌 이용자의 관점에서 의료필요와 미충족을 파악하고자 했다. 이는 보건의료체계 전반이 지향해야 할 방향으로 주목되고 있는 ‘사람 중심 보건의료(people-centered healthcare)’의 흐름과도 부합한다. 전통적인 의료필요 정의에서는 전문가가 판단한 의료필요를 ‘필요(need)’로, 일반인이 자신에게 필요하다고 느낀 의료필요를 ‘욕구(want)’로 구분

하고, 필요와 겹치지 않는 욕구의 부분을 정책에 반영할 필요가 없는 부분으로 보았다. 그러나 실제 정책 결정에서는 대표적으로 건강보험 급여 항목 결정과정을 보더라도 전문가가 판단한 필요만으로 의사결정이 이루어지는 경우가 거의 없으며 여기에는 임상적 기준 외에도 사회적 의미와 요구가 중요하게 반영된다. 정책적 시사점을 찾기 위한 실용적인 관점에서 보면 의료필요의 정의를 전문가의 필요로만 국한하기보다 사회적 필요의 개념으로 포괄하여 보는 것이 더 유리하다. 사회적으로 그 충족 여부를 측정해야 할 의료필요에는 생의학적 필요 외에도 불확실성을 줄이고 안심하고자 하는 것과 같은 정신, 심리학적 필요나 신뢰할 만한 의사를 만나고 싶은 것처럼 사회적으로 구성된 필요도 포함되어야 한다.

이 연구는 이와 같은 관점에서 크게 세 가지로 구성했다. 먼저 첫 번째 연구는 미충족의료의 개념과 구성요소를 질적으로 분석하였다. 두 번째 연구는 이를 바탕으로 기존의 미충족의료 지표를 보완할 수 있는 새로운 측정도구를 개발하였으며, 마지막으로 개발한 측정도구를 이용해 표본을 조사하고 양적으로 분석하여 도구를 검증하고 설명하는 순서로 이루어졌다.

‘3장. 미충족의료 개념과 구성요소의 질적 분석’에서는 질적 자료 수집과 분석을 통해 미충족의료의 개념과 구성요소를 재정립하고자 하였다. 초점집단 논의와 개인 심층면담 자료를 분석하여 미충족의료의 무엇이며 어떤 속성을 지니고 무슨 요인에 의해 어떤 경로로 발생하는지를 탐색하였다. 첫째로 미충족의료는 단순히 이용 여부가 아니라 필요를 인식하는 단계부터 이용 결과에 이르기까지 의료이용 과정 전반에서 다양한 형태로 나타났다. 의료필요의 미충족은 의료를 이용하지 못하게 된 것 외에도 이용이 지연되는 것, 이용을 필요보다 덜 하는 것, 도중에 포기하는 것과 같은 일종의 스펙트럼을 가지며 각각의 경우마다 그에 대한 대응이 일어나거나 일어나지 않는 현상이 동반되었다. 이러한 과정은 반드시 일직선상으로 일어나는 것이 아니며 의료이용 단계를 반복적으로 오가며 발생할 수 있다. 둘째로 미충족의료는 지금까지는 에피소드인 경험의 형태로만 인식해왔지만 장기적 차원에서 미충족 경험이 내재되어 언제든지

발생할 수 있으며 발생하기 전이라고 하더라도 사실은 미충족에 놓여있는 ‘상태’로서의 미충족도 있었다. 셋째, 미충족의료가 존재하거나 발생하는 데에는 개인의 자원과 인식이라는 개인요인과 노동, 젠더 규범과 같은 사회적 요인이 보건의료 제도 안에서 상호작용하는 복잡한 기제가 있음을 살펴보았다. 개인 요인 안에서도 시간, 물질, 공간과 같은 요인들이 독립적으로 작동하기보다는 상호 관련되어 경우에 따라 다양한 영향으로 나타났다. 요컨대, 사회체계의 일부로써 보건의료체계라는 구조에 내재된 의료필요의 미충족 가능성은 개인의 자원과 사회적 규범이라는 조건의 영향을 받아 다른 경험으로 발현되고, 개인의 인식과 규범을 통해 미충족으로 인식되거나 인식되지 못한다. 보건의료체계의 구조가 사람들의 의료필요를 충족해주지 못하는 여지가 많아질수록 그 남은 공간을 채우는 것은 개인의 몫이 되고 개인의 조건에 따라 불평등이 발생하는 배경이 된다.

‘4장. 미충족의료 측정도구 개발’은 이론적 검토와 질적 분석의 결과 중 양적으로 전환 가능한 부분을 중심으로 새로운 측정도구를 개발했다. 일차적으로 개발한 설문도구 1판은 인지면접조사와 전문가 패널 회의 결과를 반영하여 수정함으로써 내용적 타당성을 높이려고 하였다. 개정한 설문도구 2판은 의료 찾기/선택/도달 단계, 의료이용 중 단계, 의료이용 결과 단계의 세 단계로 나누어 미충족의료 경험과 의료필요의 상황, 미충족 경험의 이유와 그 결과 발생한 미충족 유형의 빈도를 묻는 형태로 구성하였다. 이유에 대한 선택지는 기존의 문항에서 다루던 개인 요인뿐 아니라 제도적 요인과 그 상호작용이 포함될 수 있도록 재구성하였다. 또한 의료이용과 미충족에 대응할 수 있는 인적 자원, 정보원, 의료자원, 시간적 여력과 의사소통 등의 역량을 함께 조사하여 중간 단계의 요인을 확인하고자 했다. 광역시에 거주하는 600명을 대상으로 표본조사를 실시한 후 그 결과를 통해 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 신뢰도는 표준형과 단축형, 본 조사와 재조사한 결과 사이의 응답 일치도를 통해 검정하였고, 준거 타당도는 미충족 경험과 주관적 건강수준, 삶의 질과의 상관성을 통해 검정하였다. 1차 조사 결과를 바탕으로 설문지를 일부 개정

하여 설문도구 3판을 만들고 일반 시와 군지역에 거주하는 400명을 추가로 조사하였다.

‘5장. 새로운 측정도구를 활용한 미충족의료의 측정’은 개발한 설문도구를 1,000명의 표본을 대상으로 2차에 걸쳐 조사하고 그 결과를 양적으로 분석했다. 통계적 분석 방법은 대부분 기술통계와 교차분석으로 미충족의료 경험과 구성요소 간 관계를 파악하였으며, 다변수 로지스틱 회귀분석으로 요인을 분석하였다. 표본조사 분석 결과 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족률은 30.8%, 의료 이용 중 단계의 미충족은 22%, 의료 이용 결과 단계의 미충족은 20.3%로 측정되어 모두 기존의 미충족률보다 높게 나타났다. 의료이용 단계별 미충족의료 이유의 분포도 기존의 문항과는 다른 양상을 보였으며, 의료이용 중과 결과 단계는 기존 문항으로는 알 수 없었던 미충족 경험의 이유를 드러내주었다. 지역에 따라서도 주로 나타나는 의료이용 단계별 미충족 이유가 달라 광역시와 일반시/군 지역에서 의료전달 과정과 결과의 질에 차이가 나는 것을 볼 수 있었다. 의료필요의 상황에 따라 미충족의료의 단계별 경험률과 이유가 서로 다르게 나타났는데 이와 같은 측정과 분석을 통해 서로 다른 의료영역에서 발생하기 쉬운 미충족의료를 파악하고 그에 대한 개입을 계획할 수 있을 것이다. 사회경제적 수준은 의료이용과 미충족 대응을 위한 자원과 관련되며, 이 자원은 다시 미충족의료 경험과 관련되었다. 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과로 기존 문항으로 측정한 미충족의료 경험에는 성별, 학력, 민간의료보험, 의료이용의 정보원, 시간적 여유가 유의미하게 연관된 변수로 드러났다. 개발한 문항에서 모든 단계의 미충족 경험에 연관된 요인은 연령, 주관적 건강수준, 대체 가능한 의료기관의 가용성이었으며, 학력과 시간적 여유는 의료이용을 하기 시작한 이후 단계에만 영향을 미쳤다. 주 정보원과 거주지역은 의료 찾기/선택/도달 단계에서만 유의하게 나타나 주로 의료를 찾고 이용하기 시작하는 단계와 그 이후의 단계에서 서로 다른 요인과 기제가 작동하며 각 단계에 맞는 개입이 필요함을 알 수 있었다.

이 연구 결과를 통해 첫째, 현실에는 전문가가 평가한 필요와 이용여

부로 측정되는 미충족 외에 더 많은 영역과 유형의 의료필요 미충족이 있음을 보였다. 둘째, 기존의 연구는 주로 개인의 인구사회경제학적 특성에 대해 분석해왔지만 이 연구에서 분석한 경로와 기제에 의하면 개인 특성으로부터 미충족의료에 이르는 경로에 의료전달체계나 건강보험 체계와 같은 보건의료 제도, 그리고 노동자나 젠더 규범과 같은 사회문화적 요인까지 고려해야 하며, 중간 단계에서 중요한 역할을 하는 대응자원이 있음을 밝혔다. 셋째, 미충족의료의 요인이 되는 제도적 문제가 있고, 개인은 그 제도적 공백 안에서 각자의 자원을 가지고 대응할 수밖에 없기 때문에 이 때 발생할 수 있는 불평등을 파악할 수 있다.

기존의 미충족의료 지표를 이용해 설명해오던 영역을 넘어 이용자 관점에서 미충족의료 보고자 한다면 향후 전국 단위의 조사에 새로운 미충족의료 문항을 포함하여 국가적 현황을 다시 파악해야 한다. 의료불평등의 영역에서도 기존의 종합지수가 지닌 한계를 돌파하고 구체적인 개입 지점을 파악할 수 있도록 미충족의료 지표를 더 적극적으로 사용해야 한다. 향후 의료필요 상황, 이유, 집단에 따른 미충족의료의 심층 연구를 통해 지식을 축적함으로써 불평등을 포함한 현실의 의료이용 문제 개선에 더 실효성 있는 개입 방안을 마련할 수 있을 것이다.

주요어 : 미충족의료, 의료불평등, 의료이용, 의료필요, 사람중심 보건의료

학 번 : 2013-30673

목 차

제1장 서론	1
제1절 연구의 배경과 필요성	1
제2절 연구 목적	9
제3절 연구의 구성과 연구윤리	10
 제2장 기존 연구의 검토와 이론적 고찰	14
제1절 기존 연구의 검토	14
1. 국내 미충족의료 연구의 활용	14
2. 해외 미충족의료 연구의 활용	24
제2절 이론적 고찰	30
1. 의료필요와 미충족의료의 정의	30
2. 미충족의료의 측정과 보완 가능성	39
3. 이용자 중심의 보건의료 측정도구	45
 제3장 미충족의료의 개념과 구성요소의 질적 분석	51
제1절 연구 방법	51
1. 자료 수집	51
2. 자료 분석	54
제2절 연구 결과	60
1. 연구 참여자의 일반적 특성	60
2. 인터뷰 분석 결과	62
3. 소결	123

제4장 미충족의료 측정도구 개발	130
제1절 연구 방법	130
1. 설문항목 개발과 선택	130
2. 설문도구 보완	133
3. 신뢰도 평가	134
4. 타당도 평가	136
제2절 연구 결과	140
1. 측정도구 개발 결과	140
2. 신뢰도 평가	148
3. 타당도 평가	153
제5장 새로운 측정도구를 활용한 미충족의료의 측정	162
제1절 연구 방법	162
1. 표본조사	162
2. 조사결과의 분석	163
제2절 연구 결과	167
1. 표본조사 자료 분석 결과	167
2. 고찰	207
제6장 결론	226
제1절 새로운 미충족의료 정의에 따른 측정과 결과 ..	226
1. 미충족의료의 개념	226
2. 미충족의료의 요인과 기제	234
제2절 논의	240
1. 정책적 의의와 시사점	240
2. 방법론적 함의	247

3. 연구의 기여와 한계	248
제3절 제언	252
참고문헌	255
부록	272
부록 1. 미충족의료 설문지 1판 - 인지면접조사	272
부록 2. 미충족의료 설문지 2판 - 1차 조사	282
부록 3. 미충족의료 설문지 3판 - 2차 조사	292
Abstract	302

표 목 차

표 1	의료필요, 욕구, 의료이용에 따른 구분	31
표 2	국내 미충족의료 측정 문항	41
표 3	면담 대상자 선정 기준	52
표 4	의료필요와 미충족의료에 대한 초기 틀	57
표 5	미충족의료 개념과 구성요소의 분석 결과	58
표 6	면담 참여자의 집단/개인별 구성과 특성	61
표 7	미충족의료 개념의 분석 코드와 범주(1)	62
표 8	미충족의료에 대한 대응의 분석 코드와 범주	77
표 9	미충족의료 개념의 분석 코드와 범주(2)	84
표 10	미충족의료 기제에서 개인적 요인의 분석 코드와 범주	90
표 11	미충족의료 기제에서 사회적 요인의 분석 코드와 범주	106
표 12	미충족의료 기제에서 제도적 배경의 분석 코드와 범주	110
표 13	의료이용 단계와 미충족 경험의 유형의 연속성 ...	125
표 14	미충족의료 개념과 구성요소의 보완과 한계	127
표 15	인지면접 조사지(조사원용)	132
표 16	1차 미충족의료 측정도구의 문항 구조	144
표 17	2차 미충족의료 측정도구의 문항 구조	147
표 18	조사-재조사 신뢰도	148
표 19	미충족의료 경험의 표준형 문항과 단축형 문항의 응답 일치도 - 1차 조사	149
표 20	미충족의료 경험의 표준형 문항과 단축형 문항의 응답 일치도 - 2차 조사	150

표 21. 미충족의료 경험 세분화 전체 문항과 단축 문항 간 응답 일치도	151
표 22. 인지 면접 조사에서 문항 이해도와 불쾌감 응답률	154
표 23. 주관적 건강상태와 미충족의료 경험의 연관성	159
표 24. 미충족의료 경험의 심각도와 주관적 건강수준 간 연관성	160
표 25. 건강관련 삶의 질과 미충족의료 경험의 연관성	160
표 26. 예측집단에 따른 미충족의료 경험의 연관성	161
표 27. 미충족의료 측정도구에 포함된 결과변수	164
표 28. 미충족의료 측정도구에 포함된 설명변수	166
표 29. 조사 대상자의 일반적 특성	169
표 30. 의료필요 미충족 대응을 위한 자원	172
표 31. 의료필요와 미충족의료 경험률 - 기존 문항	174
표 32. 미충족의료 경험률 - 개발 문항(표준형)	176
표 33. 미충족의료 경험률 - 개발 문항(단축형)	180
표 34. 기존 문항의 미충족 이유와 개발 문항의 단계별 미충족 이유(명)	184
표 35. 의료필요상황에 따른 미충족 경험률과 미충족 이유	186
표 36. 성별에 따른 미충족의료 경험률	188
표 37. 학력에 따른 미충족의료 경험률	190
표 38. 소득수준에 따른 미충족의료 경험률	192
표 39. 직종에 따른 미충족의료 경험률	194
표 40. 고용형태에 따른 미충족의료 경험률	196
표 41. 인구사회학적 특성에 따른 미충족의료 대응 자원(%) - 인적 자원, 정보원	198
표 42. 인구사회학적 특성에 따른 미충족의료 대응 자원(%)	

- 시간적 여유, 공급자원, 이용자 역량	198
표 43. 미충족의료 대응 자원에 따른 미충족의료 경험률(%)	200
표 44. 미충족의료 경험률에 따른 주관적 건강 수준의 변화	201
표 45. 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인	205
표 46. 기존 분석과 새로운 분석 결과의 비교	235

그 립 목 차

그림 1. 연구의 구성	12
그림 2. 매슬로우의 욕구모델	35
그림 3. 의료이용 단계와 미충족 경험의 유형의 연속성 ...	124
그림 4. 미충족의료 경험 이유의 분화	126
그림 5. 기존문항으로 측정한 하위집단 경험률의 산포도	152
그림 6. 개발문항으로 측정한 하위집단 경험률의 산포도 - 의료 찾기	152
그림 7. 개발문항으로 측정한 하위집단 경험률의 산포도 - 의료이용 중	153
그림 8. 개발문항으로 측정한 하위집단 경험률의 산포도 - 의료이용 결과	153
그림 9. 환자 중심 의료이용 접근성 모델과 설문도구의	

구성 간 연결성	158
그림 10. 이용자 관점에서 의료필요의 재정의	227
그림 11. 이용자 관점에서 의료필요 미충족의 재정의 (측정도구)	230

제1장 서론

제1절 연구의 배경과 필요성

사회정의 이론에서 보건의료는 개인에게 공정한 기회를 줄 수 있는 정상적인 기능함(functioning)을 보장한다는 점에서 특별하다(Daniels, 2010). 구성원에게 필요에 따른 양질의 의료를 보장하는 것은 근대국가의 의무 중 하나로 인식되고 있으며 민간기업의 복지로도 그 중요도와 우선순위가 높은 영역이다. 의료이용은 단지 질병으로부터의 회복 뿐 아니라, 질병의 예방, 건강의 유지와 증진기능을 포함하며, 의료의 보장(security)된다는 것은 사람들의 사회적 안전망으로서 삶에 중요한 의미를 지닌다.

보건학 영역에서는 국제보건기구 ‘건강의 사회적 결정요인 위원회(Committee of Social Determinants of Health)’ 보고서 이후 생의학적 요인을 넘어 사회적 결정요인을 강조해왔다. 그럼에도 의료는 여전히 배타적인 자격기준과 지식을 포함한 전문가주의의 영향력 등으로 인해 해당 영역에 대한 접근과 개입에 대한 장벽이 높다. 나아지고 있기는 하지만 여전히 의료현장의 행위자 간 권력관계와 위중한 상황에 대응한다는 맥락에서 감시, 평가와 같은 일반적인 사회적 권력의 작동이 위축되기 쉽고 시대적 흐름, 문화, 타 영역과의 상호작용, 규범과 분리되기 쉽다. 예를 들어 병원 내 의료인력 간의 권력관계, 일의 배분, 훈련 형태가 그러하고, 환자의 존엄과 인권이 오히려 그들의 생명을 구하기 위한 것이라는 목표 아래 무시되기 쉽다는 점에서도 그러하다. 마치 독립적 영역인 것처럼 다루어져왔지만 사실 의료는 한 사회를 이루는 요소로서 사회제도의 틀을 통해 사람에게 영향을 미치며 다른 사회적 조건과 상호작용하는 매우 사회적인 영역이다(조병희, 2010; 김창엽 외, 2015). 의료의 이용은 질병의 발생과 더불어 독립적으로 이루어지는 것이 아니라, 그 사

람이 지닌 다른 사회적인 역할과 일상 가운데 일부로서 이루어지는 것이다.

보건의료 체계와 정책이 제대로 작동하고 있는지를 알고 싶다면 ‘필요한’ 의료이용¹⁾이 제대로 이루어지고 있는지를 확인하는 것이 중요하다. 이를 이해하고 측정하기 위해 사용되는 지표의 하나로 미충족의료 지표가 많은 보건의료정책과 연구에서 활용되고 있다. 미충족의료는 다양하게 정의될 수 있지만 일반적으로 ‘의료서비스 이용과 관련하여 의료적 필요가 제때 충족되지 못하고 대상자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단하지만 대상자가 받지 못하는 의료서비스’라고 정의한다(신영전, 2015). 미충족의료는 이미 보건의료체계의 성과를 측정하는 지표로 널리 사용되며 국민건강영양조사나 한국의료패널과 같이 전국민을 표본으로 한 여러 조사에 포함된 이후 여러 인구집단에 대한 미충족의료의 현황과 요인을 분석한 연구가 급증하고 있다. 특히 2000년대 이후 연구가 급증하게 된 데에는 어느 정도 정형화된 간단한 미충족의료 측정도구(설문 문항)가 정립되면서 자료의 수집과 사용이 쉬워졌기 때문인 측면이 있다. 그러나 더 근본적인 원인은 의료이용에 관한 지표가 별로 없기 때문이기도 하다. 건강에 관한 지표는 사망률, 이환율, 평균수명, 건강수명, 만성질환 보유율과 같이 더 다양한 지표가 사용되는 반면 의료는 의료이용여부와 빈도, 의료비 외에 미충족의료의 거의 전부인 상황이다. 그만큼 많은 영역에서 활용해온 것에 비하면 실상 미충족의료에 관해 잘 모르는 부분이 많다는 것이 이 연구의 문제의식이다.

기존의 미충족의료 연구 결과를 보면 미충족의료율은 조사 자료원과 연도에 따라 다르지만 대략 8%에서 17% 사이로 측정되고 ‘증상이 경미해서’를 제외하면 ‘시간이 부족해서’와 ‘경제적 부담’이 가장 큰 미충족 이유로 꼽힌다(장지은 외, 2018). 이 때 미충족의료는 조사에 따라 조금씩 차이가 있지만 일반적으로 ‘지난 1년 사이에 병의원에 가야겠다고 생

1) 1장에서 사용하는 ‘필요’라는 용어는 보건학에서 전통적으로 사용하는 ‘need(전문가가 인정하는)’ 정의가 아니라 더 추상적인 단위로써 일상용어에 가깝게 사용하였다. 2장 2절의 이론적 고찰 부분부터는 연구에서 사용하는 ‘필요’에 관한 용어는 전통적 의미로서의 ‘필요(need)’, ‘욕구(want)’와 사회적 관점에서의 광의의 필요를 구분하여 설명하는 바에 따른다.

각했지만 가지 못한 적이 있었는가' 로 측정된다. 필요한 의료이용이 제대로 이루어지고 있는가를 알기 위해 과연 이 질문으로 충분할까? 또한 시간과 경제적 문제가 정말 한국 보건의료체계 성과를 높이기 위한 최대의 해결 과제일까? 한국보건사회연구원에서 2011년도에 조사한 '보건의료 정책방향 대국민 실태조사'에 의하면 의료제도 전반에 대해 36.1%가 만족스럽지 못하다고 응답했다. 이 중에서 특히 불만이 높은 영역은 경제적 부담이라는 보장성 문제도 있었지만 의사나 병원의 치료 성적이 객관적으로 비교 가능하지 못하다는 의료의 질 문제도 포함되어 있었다. 의료보장의 철학 측면에서도 신뢰할만한 정보와 의사-환자 간 수평적 관계와 같은 의료소비자 권리와 책임에 대한 중요도를 높게 인식하고 있었다(신영석 외, 2011). 의료의 질 문제는 OECD 보고서에서도 지적된 바, 물리적 자원과 투자를 늘렸음에도 양질의 의료를 제공하고 있다는 근거가 분명하지 않으며 의료의 질을 높이는 것이 향후 10년 간 보건정책에서의 가장 큰 과제로 지적되었다(OECD, 2012). 이와 같은 결과는 이용여부로 측정되는 것 외에도 의료를 이용하는 데에 필요가 충분히 충족되고 있지 못한 부분이 있을 것을 시사한다.

과거의 미충족의료는 지리적 접근성과 경제적 접근성에 대한 미충족을 강조하고 관심을 두었다. 하지만 의료필요²⁾가 사회와 시대에 따라 변한다는 사실은 이미 잘 알려진 사실이며, 접근성이 월등히 향상된 최근의 한국사회를 살아가는 사람들이 어떤 맥락에서 어떤 의료를 필요로 하고 충족하고 싶어 하는지에 대해서는 잘 파악하고 있지 못하는 것으로 보인다. 과거의 틀만 가지고는 의료필요가 어떻게 충족되지 못하고 있는지도 파악하기 어렵다. 수많은 연구에도 불구하고 여전히 어떤 의료필요가 미충족 되고 있는지, 왜 그런 현상이 발생하는지에 대해 아직 잘 모르는 이유다. 현실의 측정이 제한적이라면 활용도 제한적일 수밖에 없다. 미충족의료 지표가 연구에 활용되는 정도에 비하면 정책에 적용되는 정도는 미흡하며, 이는 현 지표가 구성된 문제 때문이라는 지적도 있다(김

2) 전문가가 정의하는 의료필요 역시 사회와 시대에 따라 변하지만, 이 장에서는 연구자가 2장의 이론적 고찰 부분에서 주장하는 사회적인 차원에서의 '의료필요'라는 의미에서 사용하였다.

주경, 2013).

지금까지 미충족의료를 근본적인 수준에서 탐색하기 어려웠을 이유 중 한 가지는 의료영역이 지닌 전문성이라는 인식의 장벽일 것이다. 의료필요는 본질적으로 개인에게 발생하는 것임에도 불구하고 전문가가 평가하는 것이 가장 정확하고 이와 맞지 않는 종류나 정도의 의료필요는 ‘잘못된 욕구’인 것처럼 인식하는 경향이 있다. 따라서 미충족의료의 개념 안에 포함된 의료필요에 대해서도 이용자가 주관적으로 인지한 의료필요 자체로 받아들이기보다는 ‘약간의 오류가 있지만 전문가가 정의한 의료필요를 대리하는 지표’로 받아들이는 경향이 있다. 이러한 맥락에서 의료 전문가의 영역이라 생각하는 의료필요는 이미 기준이 정해져 있는 셈이기 때문에 근본적인 고민이 이루어지기 더 어려웠을 것이다.

두 번째 이유는 기존 지표의 지속적인 활용과 축적 때문이다. 미충족의료에 관한 연구가 계속해서 이루어지고 있는데도 새로운 지식과 제안이 그만큼 따라가지 못하는 것처럼 보이는 것은 연구에 사용한 지표의 역할이 크다. 연구를 계획할 때는 미충족의료에 대해 넓게 정의를 하고 시작했다고 하더라도 막상 분석에 들어가면 그 변수를 측정하는데 사용한 지표의 범위 외의 이야기를 할 수 없게 된다. 따라서 연구의 결과를 해석하고 제언하는 측면에서도 처음의 넓은 정의가 아닌 변수가 정의하는 범위로 바뀌어 좁은 정의로 적용되기 쉽다. 장기적으로는 학문적으로 공유된 개념의 정의에까지 영향을 미칠 수 있다. 즉, 오늘날 한국사회에서 미충족의료란 무엇인지에 대해 개념부터 다시 논의하기 위해서 관점으로는 전문가 중심의 압력을 벗어나고 방법으로는 기존의 지표라는 틀을 벗어나야 가능하다.

우선 의료필요와 미충족을 논의할 때 전문가 중심으로부터 이용자 중심³⁾으로의 전환이 필요하다. 환자권리의 확대와 더불어 시대에 따라 환

3) 이 글에서 ‘이용자 중심’이란 주요 문제의식에서와 같이 ‘전문가 중심’과 대비하여 그로부터의 전환을 주장하기 위한 표현이다. ‘사람 중심의 보건의료’는 의료의 비의료적 차원, 환자의 만족, 참여와 동등한 파트너십, 전인적 의료와 같은 여러 내용들을 담고 있으며 이 연구의 ‘이용자 중심’ 관점은 이러한 ‘사람 중심의 보건의료’라는 전 세계적 흐름과 맥락을 같이 한다는 차원에서 함께 설명 되었으며 똑같은 의미로 사용한 것은 아니다.

자-의사관계가 바뀌고 있는 것도 사실이지만 한국은 지금까지도 의료에 관해서는 의사가 환자에게 제공하는 영역으로써 전문가적 관점이 더 우위에 있는 것으로 보인다. 이용자의 관점이 적용되는 부분은 만족도 평가나 환자 경험 평가라는 이름으로 의료체계 전반이 아니라 특정 과정이나 속성에 국한되었다. 이는 보건의료체계 전반이 지향해야 할 사람 중심의 보건의료(people-centered healthcare)라는 시대적 흐름에 충분히 미치지 못하는 상황이다. 이미 세계보건기구는 2000년도에 반응성(responsiveness)이 체계의 일부로서 단지 의료 과정이 갖추어야 할 속성뿐 아니라 보건의료체계 자체의 3대 목표중 하나라고 제시했다. 건강 외적인 측면에서도 환자의 존엄, 자율성, 기밀 유지, 즉각적 주의, 사회적 연결망에 접근성, 시설과 기구의 질, 신뢰, 제공자 선택권 등을 보장해야 함을 강조하고 이러한 환자의 필요에 더 잘 부응하기 위해서는 사람중심 보건의료와 전체적(holistic) 접근이 필요하다고 강조했다(Silva & Valentine, 2000). 이는 지속적인 통합적 의료가 필요한 만성질환이 점차 증가하고 이러한 전망이 앞으로 지속될 것이라는 질병 분포의 변화 때문이기도 하고, 오늘날 교육수준과 정보의 가용성, 서비스 접근성이 높아지면서 사람들이 기본적인 필수적인 의료를 넘어 전인적이고 다차원적인 필요에 부합하는 의료를 기대하기 시작했기 때문이기도 하다(WHO, 2007). 의료 영역 내부에서조차 환자 중심 의료가 의료의 질을 결정하는 중요한 요소임을 인정했다(IOM, 2001). 이와 같은 흐름에 맞추어 보건의료정책에서도 이용자 관점을 가지고 문제를 설명하고 개입할 수 있는 접근방법을 적극적으로 수용하고 적용해나가야 한다. 미충족의료 개념은 주관적으로 평가한다는 점에서 본질적으로 이용자 관점을 반영할 수 있고, 체계와 이용자의 상호작용 속에서 발생할 수 있는 다차원적인 문제를 포착해내기에도 좋다.

만일 의료필요와 이용을 측정하려는 목적이 개인의 건강을 유지, 향상, 회복하는 것에 있다면 의료 전문가적 관점이 중요할 것이며 지금까지 대부분의 정책에서 이러한 관점을 채택했다. 이와 달리 인구집단을 대상으로 하는 사회정책에 반영하려는 목적에서 의료필요와 미충족의료

를 측정하고 평가하기 위해서라면 전문가적 관점도 필요하지만 이용자의 관점이 충분히 포함되어야 한다. 이용자의 관점으로 바라보려면 지금까지는 잘 고려되지 않던 다음의 두 측면을 더해야 한다. 첫째, 의료는 건강에 직접 미치는 영향 외에도 삶 전반에 미치는 영향이 있다. 사람들은 질병이 생길 때 의료의 도움을 받아 질병으로부터 회복하고 기존의 삶을 되찾기도 하지만, 예고하지 않고 찾아올 수 있는 질병과 사고가 생겼을 때 의료를 이용할 수 있다는 보장이 있기 때문에 안심하고 일상을 보낸다. 나아가 그러한 보장을 전제할 때 여행을 가거나 다소 격한 운동을 포함한 야외활동과 같은 일상 외의 활동도 할 수 있다. 의료는 사람들이 스스로 가치 있게 여기는 것을 추구하는 자유와 이를 위한 기능함의 범위를 확장하는 역량(capability)의 보장과 연관된다(Ruger, 2010). 이와 같이 건강에 관련된 영역 안에서도 의료는 단지 개인의 삶과 독립적인 신체적 문제에만 관여하는 것이 아니라 인간의 사회적 활동의 바탕이 되는 영역이다. 둘째, 의료는 반드시 건강의 유지, 향상, 회복에 관련되는 것만이 아니다. 현재 이루어지는 의료서비스 중에는 특히 비급여 영역에서 건강에 좋은 영향을 미친다는 증명된 근거가 없이 행해지는 것도 있고, 건강보다는 사회적인 이유에서 요구하는 의료서비스도 있다. 예를 들면 수액, 건강검진, 미용, 심지어 입원까지도 심리적 안정이나 제도의 영향, 사회적 필요에 따라 이용한다(정중훈, 2015; 김양중, 2009; 이전호, 2017; 신성식 외, 2017). 정책적으로는 의학적 근거에 기초하여 집단 건강에 비용 대비 효과가 있는 서비스만을 보장하고자 할 것이나 개인의 입장에서 들여다보면 이러한 의료까지도 때로는 일상을 유지하기 위해 필요한 것일 수 있다. Sullivan(2016)은 환자 중심의 건강이 행동할 수 있는 역량으로의 의미를 가진다면 의료가 환자의 자기 주도적 행동(self-directed action)을 위한 역량 확보를 위한 것이어야 한다고 주장했다. 입원시키지 않고서는 도저히 부모를 돌보는 동시에 일을 해서 생계를 유지할 수 없다면, 개인의 입장에서는 의료적으로 필요한 입원이 아니라 하더라도 의료의 필요하다. 수액까지 맞았다고 해야 업무 시간을 빼서 병원에 가는 일에 눈치가 덜 보이거나, 일에 지장이 없도록 단시간

내에 몸 상태를 회복하고 싶은 욕구 등이 맞물린다. 외모가 취업에 미친다는 이유로 성형의 압박을 느끼기도 한다. 사회적 필요에 의해 구성된 의료필요인 셈이다. 이런 종류의 필요는 의료필요가 아니라고 단정하기 이전에 필요가 생기게 된 배경을 파악함으로써 문제가 되는 부분을 찾아내고 근본적 원인을 개선하는 것이 마땅할 것이다. 사회적으로 형성된 실제로 존재하는 의료필요이기 때문이다. 그 중에서도 취약한 집단에서 더 큰 필요가 생기는 불평등이 있을 수 있고, 필요를 충족하는 차원에서도 불평등할 수 있다. 의료적인 것이든 비의료적인 것이든 실제로 발생하는 의료필요와 미충족 대해 제대로 인식하고 파악해야 미충족을 줄이는 것이나 마땅하지 않은 미충족을 유발하는 제도와 환경을 개선하는 등의 더 나은 방향을 모색할 수 있다. 이와 같이 건강에 관련된 영역에서든 건강 외적인 영역에서든 생의학적 속성뿐 아니라 사회적인 속성을 포함한 의료를 의료 전문가적 관점만 가지고는 파악하기가 어렵다. 의료의 사회적 측면은 특히 시대와 사회에 따라 변하기 때문에, 몸으로 필요를 느끼고 선택해야 하는 이용자의 관점에서 의료필요와 미충족을 평가하는 것이 더욱 필요하다.

다음으로 기존 지표로부터의 경계를 벗어난 생각을 할 필요가 있다. 현재의 지표가 가진 문제 중 한 가지는 신뢰도에 관한 것이다. 2013년도 지역사회건강조사의 미충족의료 경험률 결과를 보면 비슷한 상황에 놓인 군 지역 간에도 경험률이 3%에서 30%까지도 다르게 나타났다(김새롬 외, 2016). 조사의 질 문제 때문이라는 설명을 할 수도 있지만 그렇게 보기에는 차이가 크기도 하고, 지표가 지닌 중요성을 생각할 때 무시하기도 어렵다. 다른 문제는 문항이 측정할 수 있는 미충족의료 경험과 이유의 타당함에 관한 것이다. 현재의 미충족의료 지표는 병의원을 이용해야겠다고 생각했지만 이용할 수 없었던 경험을 미충족의료로 정의한다. 의료필요가 병의원에 방문하는 행위 자체로 측정되고 방문한 것을 충족한 것으로 보는 것은 의료필요를 매우 좁게 정의한 것이다. 방문 했지만 충분하지 못한 진료나 검사를 받았을 가능성을 쉽게 떠올릴 수 있고 이는 Allin 등(2010)에서도 미충족의료의 한 유형으로 이미 설명한 것이다. 미

충족 경험이 있다면 그 다음 질문으로 몇 가지의 선택지 중에 가장 큰 이유를 선택하도록 되어 있다. 미충족의료는 경험에 대한 인식과 그 이유를 동일인에게 물을 수 있기 때문에 개인이 인식할 수 있는 범위라면 측정하는 데에 다른 편의(bias)의 발생을 최소화할 수 있다. 예를 들면 수평적 형평성 지수에서처럼 의료필요에 따른 이용을 계산하기 위해 필요를 구성하는 변수를 선택해야 한다거나, 변수와의 연관성을 분석하여 영향요인을 설명하는 통계적 방식이 아니라 직접적으로 이유에 대해 파악할 수 있기 때문이다. 미충족의료 지표의 장점을 최대한 활용하기 위해서는 선택지를 어떻게 설계하느냐가 중요하다. 우선 선택지 사이의 배타성의 문제가 있다. 전보영과 권순만(2015)은 기존의 지표를 통해 경제적, 시간적, 교통 문제의 세 가지 이유를 중심으로 장애인의 미충족의료를 분석했는데, 이 세 가지 이유 사이의 경계가 불분명한 측면이 있어 해석에 어려움이 있음을 보고했다. 선택지 구성 내용 자체의 적절함에 관한 문제도 있다. 정량적 설문에서는 자칫하면 선택지에 포함된 내용 외의 이유에 대해서는 아예 간과해버릴 수 있다. 충분한 문헌의 검토와 현실 경험에 기초하여 선택지를 구성할 때 비로소 간접적인 방식으로 변수 간 연관성을 파악하는 것에 비해 인과적 설명을 할 수 있다는 장점을 가질 수 있을 것이다. 여기에서도 역시 관점이 중요한데, 만일 선택지가 개인의 행동 이유에 대한 것으로만 구성된다면 개인과 사회의 상호작용이라는 실제 현상을 잘 표현하지 못할뿐더러 개입방법까지도 모호하게 만들 수 있다. 대부분의 사회현상은 개인과 사회의 상호작용과 어떤 종류의 맥락 안에서 일어나기 때문에 제도, 특정 정책, 사회적 인프라, 문화, 규범, 지역사회의 특성 등 개인이 마주하게 되는 상황적 조건에 대한 이유가 포함되어야 한다. 사회적 현상으로부터 문제를 포착했다면 이를 해결할 수 있는 개입방법을 계획해야 하는데, 이 때 필요한 것이 바로 현상이 발생하게 된 기제이다. 어떤 구조로부터 어떤 맥락에서 어떤 경로를 거쳐 결과로 이어지는가에 대한 이해가 충분하지 않고서는 문제를 어떻게 해결해야 하는지 알기 어렵다. 물론 모든 것을 다 파악된 다음에 서야 개입할 수 있는 것은 아니지만 훨씬 더 장점이 있는 것이 사실이

다. 정책적 용도로써 미충족의료 지표는 지금보다 개선된 형태를 통해 더 구체적인 개입지점을 드러내줄 가능성이 있다.

제2절 연구 목적

이 연구의 목적은 기존의 미충족의료 지표의 한계와 그로 인한 개념의 축소를 문제의식으로 삼고, 미충족의료의 개념과 구성요소를 새롭게 탐색하고 재정립하여 이를 측정할 더 나은 방법을 제안하는 것이다. 궁극적으로는 개선된 개념과 지표를 통해 정책적 활용 가능성을 파악하고 지금과는 다른 관점의 지식과 영향력 있는 정책 제안을 마련하는 데 도움이 되고자 한다. 이미 널리 사용되는 미충족의료 지표이지만 지금까지는 그 잠재적 가능성을 충분히 활용하지 못하고 개념부터 근본적으로 검토하려는 접근이 부족했다. 이 연구는 기본적으로 의료가 의료적 차원 외에도 사회적 차원의 속성을 가지고 있다는 것에 중점을 둔다. 의료를 생의학적 현상으로만 보지 않고 사회현상의 일부로 보는 것이 정책적 차원에서 더 실용적이다. 이를 위한 한 가지 방법으로 미충족의료 지표가 지닐 수 있는 특성인 이용자 관점을 강조한다. 이용자 관점은 사람중심 접근이라는 내재적 정당성을 가질 뿐 아니라 의료의 사회적 관점을 발견하는 데에도 도움이 된다. 이 때 미충족의료는 주관적 측정이 지닌 한계에도 불구하고 기존의 전문가적 관점을 벗어나 의료이용의 본래 목적을 재고하는 계기를 마련해줄 수 있다. 더불어 미충족의료의 요인과 이유를 파악하는 과정에서 개인과 사회적 조건과 제도적 맥락 안에서 상호작용하여 발생하는 기제를 파악할 수 있다. 이는 그 동안 잘 언급되지 않았지만 실재하는 미충족의료 현상을 드러내고 개입할 수 있는 중간경로를 설명할 수 있도록 도와줄 것이다. 즉, 미충족의료 현상이 의료이용에 대해 보여줄 수 있는 정책적 시사점과 제도적 개입 방안을 더 구체적으로 논의할 수 있게 될 것이다.

기존의 측정방법 역시 포괄적이고 간단하게 미충족의료를 측정해 낼 수 있다는 장점이 있으며 기존의 연구를 통해 파악된 중요한 설명도 많다. 이 연구를 통해 미충족의료의 측정에 관한 모든 문제를 해결할 수 있다는 주장을 하는 것이 아니다. 다만 이 연구는 현재의 조사와 측정방식을 고려한 가운데 보완 가능한 부분이 있다는 문제의식 하에 이에 대한 대안을 제시하는 것을 목표로 한다.

세부적인 연구 목표는 다음과 같다.

첫째, 기존 문헌과 질적 자료 분석을 통해 이용자의 관점에서 미충족의료 개념과 구성요소(요인과 기제)를 재검토한다.

둘째, 타당하고 신뢰할 수 있는 미충족의료 측정도구를 개발한다.

셋째, 개발한 측정도구로 표본을 조사하여 측정된 결과를 분석하고, 현상을 설명한다.

넷째, 재검토한 미충족의료 개념으로부터 정책적 활용 가능성을 논한다.

제3절 연구의 구성과 연구윤리

이어지는 2장에서는 국내외 미충족의료에 관한 기존의 연구 결과를 통해 지금까지는 기존 지표를 이용한 연구는 미충족의료를 어디까지 측정하고 해석할 수 있으며 어떤 정책적 함의를 도출할 수 있는지에 대해 먼저 검토하고 미충족의료가 어떻게 더 보완되고 활용될 수 있는지를 논했다. 국내 연구에서는 보장성, 접근성, 형평성과 같은 보건의료체계의 목표에 초점을 맞추어 이와 같은 내용을 검토하고, 국외 연구에서는 미충족의료 개념과 지표가 더 다양하게 활용될 수 있는 지점에 대해 검토하였다. 이론적 고찰 부분에서는 전통적인 의료필요와 미충족의료의 정의와 측정방법을 검토하고 연구에서 이루고자 하는 개선방향을 뒷받침해주는 이론적 논의를 살펴보았다. 또한 이용자 관점에서 측정하는 다른

조사와의 비교와 주관적 측정방식의 특성에 대해 고찰했다.

3장에서는 먼저 일반인의 경험과 인식에 기초한 미충족의료 개념과 구성요소를 탐색하기 위해 초점집단 논의와 개인 심층면담 자료를 분석한 질적 연구를 수행했다. 자료를 분석함으로써 전문가의 관점이 아닌 일반인이 경험하고 인식하는 미충족의료란 무엇이며 어떤 요인과 경로를 통해 발생하는지를 탐색하였다.

4장은 3장에서 분석한 결과와 4장의 이론적 검토 결과를 기초로 미충족의료를 측정할 수 있는 설문도구의 항목을 생성하여 선택, 구성하고 표본조사 결과를 이용해 신뢰도와 타당도 검증을 수행했다. 설문도구는 2차 조사를 위해 3판까지 개발이 되었다. 이 과정에서 질적 연구 결과에서 도출된 내용들을 양적으로 측정할 수 있도록 문항으로 전환하였다. 신뢰도는 조사-재조사와 동형검사 신뢰도를 보았고 타당도는 내용, 구성, 준거 타당도를 검정하였으며, 기존 문항과의 비교를 시도하였다.

5장은 4장에서 개발한 도구를 직접 표본에 적용하여 1차에 600명, 2차에 400명을 조사하여 총 1000명의 조사 자료를 수집하고 분석했다. 주로 기술통계와 교차분석으로 미충족의료 경험과 구성요소 간 관계를 파악하고 기존 문항과의 차이를 살펴보았으며, 다변수 로지스틱 회귀분석으로 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석하였다.

6장은 결론으로 새롭게 정의한 개념이 결과와 어떻게 연결되는지를 정리하고 미충족의료의 개념과 구성요소에 대해 질적 분석 결과와 양적 분석 결과를 종합하여 통합적으로 설명하였다. 마지막으로 연구의 학문적, 정책적 의의를 정리하고 연구가 지닌 설계와 방법의 한계점을 논하였으며 연구 결과에 기초한 제언을 담았다. 전체 흐름은 <그림 1>의 모식도와 같다.

서론	<ul style="list-style-type: none"> 연구의 배경과 필요성 <ul style="list-style-type: none"> 미충족의료 지표의 활용과 의의 현실의 미충족의료와 연구의 괴리 전문가적 관점에서 이용자 관점으로 전환 기존 미충족의료 지표 개선의 필요성 연구 목적 연구의 구성과 연구윤리
기존연구 검토와 이론적 고찰	<ul style="list-style-type: none"> 기존 연구의 검토 <ul style="list-style-type: none"> 국내외 미충족의료 연구의 활용 이론적 고찰 <ul style="list-style-type: none"> 의료필요와 미충족의료의 정의 미충족의료의 측정과 보완 가능성 이용자 관점의 측정도구
미충족의료 개념과 구성요소의 질적 분석	<ul style="list-style-type: none"> 연구 방법 <ul style="list-style-type: none"> 질적 자료수집과 분석 연구 결과 <ul style="list-style-type: none"> 미충족의료의 개념 분석: 연속성, 다차원성, 상태 미충족의료에 대한 대응 미충족의료의 구성요소 분석 : 개인적, 사회규범과 문화적, 의료제도적 <p style="text-align: right;">↓ 질적 분석 결과의 양적 문항 전환</p>
미충족의료 측정도구 개발	<ul style="list-style-type: none"> 연구 방법 <ul style="list-style-type: none"> 측정도구의 개발과 평가 연구 결과 <ul style="list-style-type: none"> 측정도구 개발 결과 신뢰도 평가 타당도 평가 <p style="text-align: right;">↓ 개발한 측정도구를 이용한 표본조사</p>
새로운 측정도구를 활용한 미충족의료의 측정	<ul style="list-style-type: none"> 연구방법 <ul style="list-style-type: none"> 1차, 2차 표본조사 표본조사의 분석 연구 결과 <ul style="list-style-type: none"> 기술분석과 교차분석: 기존 문항과 개발 문항의 미충족의료 경험, 상황, 이유, 유형(표준/단축형), 미충족의료 대응 자원 다변수 로지스틱 회귀분석: 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인 분석
결론	<ul style="list-style-type: none"> 새로운 정의와 연구결과의 연결성 미충족의료에 대한 새로운 이해 논의 <ul style="list-style-type: none"> 정책적 의의와 시사점 방법론적 함의 연구의 기여와 한계 제언

그림 1. 연구의 구성

이 연구는 한국보건사회연구원의 ‘국민의 건강수준 제고를 위한 건강
형평성 모니터링 및 사업개발’에서 연구위탁을 받아 수행한 ‘의료이용 불
평등 모니터링 개선 방안 연구(2)’에 참여하여 수집한 자료를 한국보건
사회연구원의 허락을 받아 사용하였다.

추가로 자료를 수집하여 설계한 최종 연구 방법에 대해 2018년 1월
서울대학교 생명윤리심의위원회의 최종승인을 받았다(IRB No. 1801/003
-014).

제2장 기존 연구의 검토와 이론적 고찰

제1절 기존 연구의 검토

1. 국내 미충족의료 연구의 활용⁴⁾

보건의료 영역에서 국민건강영양조사를 대표로 하는 대부분의 국가단위 조사 자료에 사용되는 미충족의료 지표는 2000년대 중반부터 사용되기 시작했다. 그 전에도 미충족 의료요구를 주제로 한 연구가 여럿 있었지만 대부분은 의료이용이 필요한 기준을 질병여부로 두고 이에 대해 실제 의료이용을 했는지의 여부로 미충족의료를 측정하는 것이었다. 국가단위 조사 자료를 사용하기 이전까지는 대개 특정 지역에서 직접 만든 설문지로 조사했기 때문에 이를 국내의 전반적 상황으로 일반화하기는 어려웠지만, 2000년대 중반부터는 국가단위의 대규모 표본을 쓸 수 있게 되었고 패널 자료도 많아져 최근에는 종단적 분석을 이용한 연구도 늘어나는 추세다.

아주 초기에는 조사한 지역의 인구집단 특성에 대한 미충족의료 현황을 다룬 연구가 대부분이었으면 전 국민 표본을 이용한 연구부터는 전체 성인의 미충족의료 현황, 미충족의료 경험과 관련된 요인을 분석하는 연구나 저소득층이나 의료급여 대상자에 초점을 맞춘 연구가 시작되었다. 2010년도 이후 미충족의료 연구가 급증하였는데 이후 고혈압, 에이즈와 같은 특정 질병집단, 결혼이주여성, 장애인과 같은 소수자 집단, 특정 연

4) 국내 문헌검토 부분은 연구자가 동료 연구자들과 함께 국내 미충족의료에 관한 연구의 체계적 문헌고찰을 수행하며 얻은 자료를 바탕으로 서술하였다. 데이터베이스는 KISS, RISS, KoreaMed, KMbase, EMBASE, Pubmed를 사용하였고 최종적으로 55건의 문헌을 추출하여 검토했다. 당시는 2016년도의 연구까지 밖에 다루지 못하여 이후의 문헌들은 추가로 검색하였으며 이 연구의 목적에 맞게 다시 검토하였다. 단, 이 연구는 2016년 예방의학회 추계 학술대회에서 발표한 이후 논문으로 출간하지 않은 상태이기 때문에 참고문헌으로 기록하지 않았다.

령대, 중년 여성이나 경제활동 노령인구 등과 같은 사회적 조건을 지닌 집단으로 더욱 세분되었다. 방법적 측면에서는 회귀분석을 이용한 요인 분석이 대부분이었고, 일부 상호작용 분석을 하거나 패널자료를 사용하게 되면서 역동적 특성을 밝히고 종단분석으로 시간적 특성에 따른 문제를 보완한 연구도 많아졌다. 미충족의료의 요인별 특성을 다룬 연구도 늘어났다.

대부분의 연구가 미충족의료의 현황과 이유를 밝히며 연구 결과에서 얻은 시사점을 중심으로 이를 완화할 수 있는 정책방안을 제안했다. 또한 다양한 집단에 초점을 맞추고 방법적으로 정교해지면서 제안하는 정책도 더욱 구체적이 되고 있다. 문제는 여전히 기존 지표가 보여줄 수 있는 한계 내에서밖에 제안할 수가 없어 제안이 반복되는 경향이 있다는 점이다. 사회경제적 특성에 해당하는 다소 근원적인 문제를 지목하는 데서 그치는 경향도 있으며, 근원적 문제로부터 미충족의료로 이어지는 경로에 대해서 설명하는 데에는 제한적인 것으로 보인다. 이 절에서는 국내에서 이루어진 미충족의료 연구가 제안한 정책을 검토함으로써 지금까지 사용한 지표를 통한 연구가 의료필요의 미충족이라는 사회현상을 설명하고 개입의 근거를 제공하는데 마주치는 제한점과 가능성을 논하고자 한다.

1) 접근성

(1) 기존 연구의 유형과 제안된 정책적 방안

세계보건기구는 보건의료체계의 세 가지 내재적 목표(intrinsic goals)로 건강, 반응성(responsiveness), 공정한 재정과 재정적 위험으로부터의 보호를 제시했다. 보건의료에 대한 접근성은 이를 달성하기 위한 대표적인 도구적 목표(instrumental goals)에 해당한다(Murray & Frenk, 1999). 접근성은 Penchansky와 Thomas(1981)가 정의한 바에 의하면 가용성(availability), 지불가능성(affordability), 접근가능성(accessibility), 수용성(acceptability), 편의성(accommodation)의 다섯 가지를 포함한 개념이다.

실용적으로는 가용성, 접근가능성, 수용성 세 가지로 구분하여 사용하며, 미충족의료의 이유를 묻는 선택지를 이 방법으로 분류한 연구가 많다.

접근가능성은 경제적 문제로 인한 미충족 경험을 제외한 나머지 이유를 포괄한다. 여기에는 의료기관과의 거리, 가능한 시간대에 이용할 수 있는 의료기관, 이동에 필요한 자원 등이 포함된다. 비교적 의료자원이 충분하지 않았던 시기나 그러한 상황에 놓인 지역을 바탕으로 이루어진 연구는 주로 가용성과 접근가능성으로 인한 미충족医료를 강조하며 그 개선을 주장하였다. 2000년대 중반 이전의 연구로 도서지역, 군 지역, 일부 도시나 농촌지역, 섬 지역에서 이루어진 연구가 이에 해당한다(유승흠 외, 1987; 김석범 외, 1994; 오장균 외, 1991; 김정희 외, 1999; 이정미 외, 2001). 그 후의 연구 경향은 서로 다른 미충족의료 특성을 지니는 집단과 미충족의료 이유에 따라 현황과 요인을 분석하고 각기 다른 접근이 필요함을 주장하기 시작했다. 일반 인구를 대상으로 한 연구에서 허순임과 김수정(2007)은 경제적 이유와 시간적 이유로 인한 미충족을 구분하고 주로 경제적 문제를 겪는 저소득층과 고령층, 시간적 문제를 겪는 중장년층과 경제활동인구 각각에 맞는 개입이 필요함을 제안하기도 했다. 장애인의 의료접근성을 본 연구는 장애인에게 경제적 문제 뿐 아니라 돌봄과 이동 지원, 보장구나 복지서비스 등 제공되는 서비스에 관한 정보와 같은 비경제적 접근장벽 완화가 필요함을 제시했다(신자은, 2013; 전보영, 권순만, 2015; 김현희 외, 2016). 그 외에도 다양한 집단에 대한 맞춤형 지원, 예를 들어 노인 빈곤층이나 독거가구 형태에서 경제적 문제 뿐 아니라 돌봄과 의료이용을 위한 물리적 도움을, 결혼이주여성은 건강보험과 의료이용에 대한 정보와 언어적 장벽을 위한 지원을, 그리고 중년 여성과 같은 사회적 위치에서 돌봄 역할의 부담을 경감하고 건강증진을 지원해야 함을 주장한 연구도 있었다(신정우 외, 2011; 임지혜, 2013; 김수희, 이정열, 2013; 이건설, 2014; 이혜재, 허순임, 2017; 박선주, 이원재, 2017; 문정화, 강민아, 2016). 고용상태를 주제로 다룬 연구는 주로 노동으로 인한 시간적 문제 해결에 중점을 두었고(박종영 외, 2005; Lee et al., 2015; Seok et al., 2016), 특히 저소득층이나 고령층에서 경제활동

인구가 경제적으로나 비경제적으로나 모두 미충족의료경험에 취약한 이 중고를 겪는다는 것을 보였다(Park et al., 2016; 강정희 외, 2017). 주로 개인요인을 중심으로 접근한 이상의 연구와 조금 다른 수준에서 접근한 연구도 일부 있었다. Lee et al.(2016)과 Heo et al.(2012)는 다수준 분석을 통해 개인수준 요인뿐 아니라 지역 수준에서도 미충족의료에 영향을 미칠 수 있는 맥락적 요인이 있음을 보였고 도시화 정도, 지역의 민간 병상률과 같은 문제가 미충족의료 해결에 고려되어야 한다고 주장했다.

연구에서 정책적 노력이 필요한 것으로 제안된 내용을 정리하면 다음과 같다. 가용성 측면에서 보건의료 자원이 충분하지 않았던 과거 연구나 농촌, 섬 지역의 맥락에서 의료기관을 포함한 자원의 적절한 배분이 제시되었다. 양이 부족하지 않은 상태에서는 주로 자원의 질적 문제(민간/공공병상의 비율, 지역사회 자체의 특성, 야간운영, 진료대기시간 단축 등)를 지적했다. 의료이용과 직접적이지는 않지만 특정 취약집단에 대해서는 돌봄 서비스나 이동 지원 등 일상생활을 영위하는 기능을 지원함으로써 물리적 장벽을 완화할 수 있는 방안과 비물질적으로 정서적 지원과 지지를 포함한 사회적 관계망 형성이나 지역사회 연계 프로그램도 자주 언급되었다. 특히 보건의료 외 분야의 연구가 미충족医료를 다루는 경우 사회서비스, 복지체계, 사회정책과 같이 의료분야에 그치지 않는 포괄적인 제안을 하는 경향이였다. 더 근본적인 대책 마련을 촉구하는 제안도 적지 않았는데 예를 들어 경제적 보조보다는 소득을 보장하는 것, 고용을 촉진하며 일자리 증가 지원하기, 임금격차의 해소, 근무시간 감소, 직장문화 개선, 신체·정신적 건강증진을 위한 지원 등이 이에 해당한다. 일부 집단에 대해서는 홍보나 교육과 같은 정보제공으로 접근성을 높여야 한다는 주장도 있었다. 지금의 문항으로 구분하기는 어렵지만 아직까지도 충분히 줄어들지 않는 미충족의료 경험률에는 내용적 미충족이 있을 것으로 보이므로 보건의료의 질, 의사-환자 간 신뢰, 효과적인 예방 등을 개선하여 내용적인 의료필요의 충족을 높여야 한다는 주장도 최근 제기되었다(Ko, 2016; 허순임, 이혜재, 2016). 여기에서 언급된 내용적 의료필요의 충족은 현재 미충족의료 지표가 드러내지 못하는 종류의 미

충족의료가 더 존재한다는 사실을 의미한다.

(2) 기존 연구의 한계와 가능성

초기 지역적 보건의료 자원 배분의 문제는 필수의료 취약지 지원이나 농어촌 지원 사업 등 이를 개선하고자 하는 정책적 노력이 일부 이루어졌다. 그러나 예를 들어 농촌지역에 보건의료기관이 신축되었지만 이용하는 사람은 정작 많지 않은 것이나 119는 가까이 있는 편이지만 응급의료에 접근하기 위한 인지적, 신체적 능력이 떨어져 신고가 늦어지는 등의 실질적인 접근성 문제가 여전히 존재한다. 접근성 정책을 시행했을 때 양적 수치가 나아지는 것 이전에 지역과 거주인구의 특성, 질적 문제 등이 연결되어 실질적 접근성이 얼마나 향상될 수 있는지에 대한 평가와 보완이 필요하다. 이를 위해서는 역시 절대적 접근성만을 측정하기보다 실질적 접근성을 방해하는 요인과 기제가 무엇인지에 대해 측정할 수 있어야 한다.

특정 취약집단을 대상으로 한 연구는 해당 집단에 대한 보다 구체적인 정책제안을 마련하는 편이다. 더 다양한 인구집단을 대상으로 이와 같은 연구가 진행된다면 각각의 근거를 종합하여 보다 체계적인 대안 마련이 가능할 것으로 보인다. 이를 위해서는 집단의 다양함도 중요하지만 미충족 이유에 대해서도 집단별로 적합한 선택지가 다를 수 있어 장애인의 미충족의료를 측정하기 위한 도구 개발을 시도하는 것과 같이 일원화된 측정도구의 틀을 벗어나야 할 수도 있다(이진용, 2006; 이진용 외, 2013). 이러한 시도를 위해서는 다시 이용자 관점이 필요하다.

체계에 대한 인식 관련성, 의료이용량과의 비교를 통해 양적 문제를 넘어 질적 문제를 지적하기 시작했으나 아직 충분하지는 않다. 이 부분에서 추측 이상의 주장을 하기 어려운 이유는 지표 자체가 제한적인 탓이 크므로 측정도구가 개선되어야만 나아질 수 있을 것이다.

소득 보장이나 고용 촉진과 같은 근본적 문제를 제기하는 것은 문제 해결의 강력함이라는 차원에서 바람직하다. 그러나 근본적 문제제기는 원인으로부터 현상 발생까지의 경로와 기제에 대한 지식이 충분하지 않

으면 힘을 받기가 어렵다. 따라서 미충족의료를 측정하는 도구가 시대와 사회적 상황에 맞추어 지속적으로 개선되어야 하고, 이를 통해 미충족의료의 기제를 탐색하는 연구가 축적되어야 할 것이다. 또한 소수 취약집단을 넘어 보편적인 인구집단의 문제나 불평등 차원에서 접근성을 다루기 위해 노동이나 젠더와 같은 범분야적 이슈가 지금보다 더 많이 연구되어야 하고, 시간과 경제적 문제가 지닌 복잡성을 이분화하는 식으로 단순화하기보다 실재하는 그대로의 문제를 드러낼 수 있는 방안이 필요하다.

2) 보장성

(1) 기존 연구의 유형과 제안된 정책적 방안

한국의 보건의료체계에서 국민건강보험은 큰 영역을 차지한다. 정책 제안이나 실제 방안 중에서도 공적보험의 보장성에 대한 언급이 많아 실용적 차원에서 접근성과 보장성을 구분하여 서술하기로 했다. 접근성 중에서도 이용자의 경제적 장벽과 건강보험제도에 더 초점을 맞춘 것을 보장성을 다룬 연구로 분류했다. 이용자가 처한 사회적 조건에 따른 경제적 장벽과 건강보장 유형에 따른 미충족 경험을 다룬 연구가 이에 해당한다. 의료 이용의 결과로 발생하는 재정적 부담, 과부담 의료비의 지출, 그것이 다시 의료이용에 미치는 영향까지 포괄한다고 할 수 있다. 그 동안 한국의 미충족의료 연구에서 경제적 접근성을 중요하게 다룬 만큼 이 부분에 대한 정책 제안이 상당히 많은 편이다.

보장성 연구는 대개 국가가 운영하는 건강보장제도와 관련한 미충족의료에 대한 것이다. 과거에는 건강보험제도를 실시한 전후의 의료필요충족 변화를 보는 연구도 있었지만(김석범, 강복수, 1994), 건강보험제도가 정착한 이후에 수행된 연구는 보험제도의 사각지대에서 경제적 문제로 발생하는 미충족의료를 주로 다루었다. 가장 기본적인 보장성 연구는 인구집단별 소득을 기준으로 하는 것으로 세 가지 정도로 구분이 된다. 먼저, 소득분위나 빈곤기준을 적용하는 경우다(김진구, 2008; 신영전, 손

정인, 2009; 박형준, 박수지, 2012; Park et al., 2016; Han et al., 2016). 두 번째로 건강보험의 보장유형을 중점적으로 분석한 연구가 있다(유태균, 이선정, 2011; 김수정, 허순임, 2011; 김교성, 이현옥, 2012; Kim et al., 2015; 이혜재, 2016). 여기에는 기초수급권과 같은 사회보장유형이 바뀌는 전후의 미충족의료 변화를 보는 것이 포함된다(유태균, 이선정, 2011). 마지막으로 노인이나 장애인과 같이 경제적으로 취약한 인구집단이나 의료필요가 복합된 집단에 집중하는 경우로 나누어 볼 수 있다(정익신, 박민정, 2011; 배지영, 2014; 전보영, 권순만, 2015; 최윤주, 이원영, 2015; Park et al., 2016; 김현희 외, 2016; 박선주, 이원재, 2017). 물론 이 세 가지는 언제나 명확히 구분되는 것이 아니고 동시에 연구되기도 한다. 그 외에도 고용유형과는 조금 다르게 경제활동의 참여 변화로 인한 미충족 영향을 보는 연구도 보장성 정책을 대상으로 한다(송해연 외, 2015).

보장성에 관한 또 다른 유형으로는 과부담 의료비와 미충족의료(신혜리 외, 2014, 이혜재, 이태진, 2015; 정현우, 이준협, 2017; 이혁수, 최윤주, 2017), 그리고 민간의료보험과 미충족의료의 연관성을 주제로 하는 연구가 있다(이주은, 김태현, 2014; 이혁수, 최윤주, 2017).

건강보험의 보장성은 보장되는 인구, 서비스, 비용의 세 축으로 구성된다. 낮은 소득수준으로 인한 경제적 미충족의료 발생에 대해서는 아직 까지도 낮은 건강보험제도의 재정적 보장성을 강화할 것을 요구하는 제안이 주를 이룬다. 저소득층에 더 부담이 될 수 있는 비급여 항목의 축소 또는 급여화, 과도한 본인부담금을 제한하기 위한 상한선 낮추기, 그리고 차상위 계층이나 탈수급한지 얼마 되지 않는 집단에 대한 의료급여 대상 확대가 이에 해당한다. 조금 더 구체적으로는 의료급여 이용 절차를 간소화하거나 의료급여사업에 대한 홍보와 같은 제도적 보완도 제시되었다. 나머지 한 축인 보험료는 미납가구, 체납가구 등을 지원하는 방안이 제기되었다. 접근 방식으로는 필수적인 비급여 의료서비스의 급여화와 같이 모든 계층에 동일하게 부담을 줄일 수 있는 보편적 접근과 특정 집단을 대상으로 하는 잔여적 접근(e.g. 급여대상자 확대, 탈수급 가

구에 일정기간 혜택 지원, 과부담 의료비 발생자에 대한 보장 강화 등)이 있고, 필요에 따라 차등적으로 적용하는 비례적 보편주의(proportional universalism) 접근이 있다. 근본적으로는 빈곤 자체를 해결하기 위한 소득지원과 고용 확대 등 서비스 보장이 아닌 소득보장을 고려해야 한다는 주장도 제기되었다.

(2) 기존 연구의 한계와 가능성

미충족의료 연구에서 보장성을 자주 다루는 데에는 전국민 의료보험 제도이면서도 보장성이 취약한 배경이 있고 보장성 강화는 거의 기본적인 정책제안으로 제시되었다. 건강보험 보장성 강화 정책은 2000년대 중반 이후 꾸준히 시행되어 본인부담 상한제, 희귀난치성 질환자, 암 등 4대 중증질환 보장성 강화, 아동 본인부담 경감, 3대 비급여 개선정책 등이 이루어졌지만 건강보험 보장율은 여전히 60% 중반을 넘지 못하고 있다(김윤, 2016). 미충족의료 경험을 줄이기 위해 건강보험의 보장성을 높여야 한다는 주장은 비교적 대상이 명확하기 때문에 제안에 힘이 실리기도 좋지만 제안 자체가 그리 다양하거나 그 이상의 제안이 나오기 어렵고 반복적인 제안이 될 수밖에 없다는 한계가 있다. 보험료와 보험급여라는 가시적이고 보편적인 자원의 재분배와 관련한 문제이므로 정치 사회적으로 마찰이 심한 주제이기도 하다. 그럼에도 한국 건강보험의 보장성이 어느 정도 올라가기 전까지는 이 문제가 계속해서 제기될 수밖에 없다. 보편적 건강보장이 잘 정착된 것으로 알려진 국가에서도 미충족의료 연구를 통해 여전히 경제적 이유로 인한 미충족 문제를 다루고 있다는 점에서도 이 부분이 완전히 해결되기란 쉽지 않을 것을 예상할 수 있다.

보장성 강화 정책이 미충족의료 연구의 제안으로써 힘을 얻기 위해서 어떤 집단의 어떤 의료접근성을 높였는지에 대해서 평가하려면 세부적으로 무슨 정책이 어떤 집단의 의료필요 충족에 어떻게 영향을 미쳤는지에 대한 근거를 더 마련해야 한다. 보장성 강화 정책의 영향에 대한 연구가 일부 이루어지고 있지만 직접 의료이용, 특히 의료필요 충족을 대상으로

한 연구는 아직 그리 많지 않다(김수진, 2008; 이용재, 2009; 배지영, 2010). 뿐만 아니라 여러 연구에서 제안하는 보장성 강화 정책의 유형(보편적, 선택적)에 따라서도 어떤 영향을 줄 수 있는지에 대해서도 더 많은 연구가 필요하다.

3) 불평등

(1) 기존 연구의 유형과 제안된 정책적 방안

미충족의료는 보건의료체계의 성과를 평가하는 지표 외에도 의료이용의 불평등을 측정하기 위한 지표로도 널리 사용되므로 불평등에 대해서도 따로 서술하도록 한다. 미충족의료에서 불평등은 앞의 접근성과 보장성과는 다른 축으로, 두 개념 모두를 가로지르는 현상이다. 형평성은 보건의료체계가 갖추어야 할 기본 목표에 해당하기 때문에 미충족医료를 다루는 연구는 대부분 암묵적으로 불평등의 감소를 지향하며 앞에서 언급한 선행연구에서도 많은 경우 불평등의 관점을 포함하고 있었다. 미충족의료 연구에서 특정 사회경제적 집단(주로 취약한 쪽)의 경험률이나 관련 요인을 제시하거나, 전체 집단에서도 소득이나 학력과 같은 사회경제적 특성이 유의한 관련성을 지님을 밝힌 연구는 많지만 불평등 자체에 초점을 맞춘 경우는 생각보다 드물다. 기초생활보장수급자, 장애인, 농촌주민과 같은 특정 취약집단에 중심을 두고 일반인구와 비교하는 연구나 미충족의료 관련 요인을 분석한 수많은 연구가 전자에 속한다. 이는 분명 특정 집단의 취약함이나 사회구조적 요인의 영향을 드러내는 것이기는 하지만 집단 간의 불평등을 그대로 보여주지는 못한다. 단순히 어떤 요인의 유의함을 밝히는 것으로는 불평등이 얼마나 있고 얼마나 줄일 수 있을 것인지에 대한 구체적인 정책제안까지 도달하기 어렵다. 이와 달리 사회경제적 수준에 따른 기울기를 드러내는 것으로는 직접적인 소득계층별 비교나 소득수준과의 상호작용을 분석 등을 들 수 있다(박형준, 박수지, 2012; 윤효정, 장성인, 2017; 박유경 외, 2018). 꼭 소득수준만이 불평등에 관련된 사회경제적 특성은 아니며 Seok et al.(2016)의 연구처럼 노

동시간과 미충족경험의 양-반응관계를 분석하는 것도 기울기라고 할 수 있다. 불평등은 상대적인 개념이므로 특정 취약집단의 특성만을 드러낸 연구는 온전한 불평등 연구라고 보기는 어렵고 다른 집단과의 비교가 필요하다. 다만, 저소득층 내에서도 의료급여 대상자와 차상위층과 같은 세부집단별의 차이를 보임으로써 집단 내 미충족의료의 불평등을 보여줄 수 있다(김진구, 2008; 김수정, 허순임, 2011; 김교성, 이현옥, 2012; 최윤주, 이원영, 2015).

이들 연구에 제시된 정책 제안에서도 형평성의 렌즈로 문제를 바라보고 정책적 제안을 하는 것과 취약계층의 지원을 통해 불평등을 줄여야 한다는 것은 엄밀한 차이가 있다. 이는 보장성의 정책제안에서 잔여적, 보편적, 비례적 보편주의 접근의 차이가 있는 것과 같은 맥락이라고 할 수 있다.

(2) 기존 연구의 한계와 가능성

현재 시행하고 있는 의료 정책 중에는 권역심뇌혈관질환센터 사업이나 의료취약지 지원사업과 같이 사업의 배경이나 목적에 형평성 문제를 직접 언급한 것들도 있지만 실제 근거중심의 형평성 중재 정책을 펼치는 경우는 찾아보기 힘들다(김명희 외, 2015). 특히 취약집단에 대한 정책이 대부분이고 전체 기울기를 염두에 둔 정책이 있다고 할 수가 있는지가 의문이다. 이를 위해서는 정책의 목표에서부터 불평등의 감소를 제시하고 정책의 평가지표로 불평등을 포함해야 한다. 정책에서도 그러하지만 연구 차원으로도 불평등의 평가는 그리 많지 않다. 김수진 외(2008)와 권순만 외(2012)의 연구는 암보장성 강화 전후의 의료서비스와 건강불평등의 영향 평가를 수행하여 정책이 암환자의 의료이용에서 전반적인 형평성을 개선시켰으나 낮은 소득계층에서 그 효과가 더 적다는 것을 밝혔다. 그 외에는 학위논문에서 중증질환 보장성 강화가 의료이용과 지출에 미치는 영향을 분석하면서 형평성을 함께 평가한 연구가 일부 이루어졌다(유현규, 2013; 박재경, 2014; 이예슬, 2015). 미충족의료 경험은 의료불평등을 측정하고자 할 때 의료이용의 불평등을 보여주는 대리지표로 사

용할 수 있다. 미충족의료 경험을 결과로 하여 의료 불평등을 드러내는 연구가 다수 있는 반면 미충족의료를 이용한 정책의 형평성 평가 연구는 찾아보기가 어려웠다. 지금 의료불평등 연구는 대부분 측정을 위해 수평적 형평성을 나타내는 종합지수를 사용하는데 이는 의료이용을 하지 않은 경우를 다루지 못하고 의료필요를 제대로 보정하기 어렵다는 한계가 있다. 미충족의료 지표는 동일한 개체 내에서 의료필요와 의료경험의 충족정도를 동시에 판단한 결과이므로 필요의 보정이라는 문제를 넘어갈 수 있다. 대신 어떤 유형의 의료필요인지에 따라 미충족의료의 해석과 성격이 달라질 수 있으므로 집단 간 미충족의료 경험률을 비교할 때는 미충족의료를 보다 동질한 것으로 측정하여 비교하는 등의 방안을 함께 마련하여 정책의 제안과 평가에서 지금보다 적극적으로 사용할 수 있을 것이다. 또한, 어떤 차원의 미충족의료가 어떤 기제에 의해 불평등하게 나타나는가를 보여줄 수 있어야 그에 대한 보다 구체적인 정책 제안이 가능할 것이다. 미충족의료 지표는 그 이유를 직접 확인할 수 있다는 점에서 개입 지점을 찾는 데 도움이 될 수 있다. 따라서 단순히 미충족의료 전체 또는 경제적 이유로 인한 미충족의 불평등 외에도 더 다양한 종류의 불평등을 드러내고 그에 대한 제안을 할 수 있게 될 것이다.

2. 국외 미충족의료 연구의 활용

미충족의료가 국내와 국외에서 지니는 의미와 맥락이 달라 어느 한 기준으로 평가하기는 어려우나 국외에서는 미충족의료를 보건의료체계가 달성해야 할 성과지표로 활용하기는 하면서도 건강 관련 정책은 물론 사회제도나 경제위기와 같은 더 거시적인 변화와 관련된 연구가 다양하게 이루어진 편이다. 국내의 연구를 통해 정책 차원에서 어떤 제안이 이루어졌고 한계가 무엇인지를 주로 살펴보았다면 국외 연구는 미충족의료 지표를 이용하여 현황과 요인을 분석하는 연구 이외에 어떤 연구를 할 수 있는지를 살펴보고 향후 미충족의료 연구에 대해 시사하는 바를 살펴보고자 하였다.

미충족의료를 성과지표로 사용한 연구는 대개 의료의 ‘접근성’ 차원에서 여러 지표 중 하나로 적용한 경우가 대부분이고 미충족의료만을 단독으로 활용하는 경우는 많지 않았다. 미충족의료를 단독으로 사용하는 연구는 미충족의료를 환자중심의료의 차원에서 이용자 중심적 관점을 적용하는데 활용한 경우가 있었다. 특히 환자중심의료는 국내에서도 관심이 커지고 있는 부분이며 미충족의료 지표를 어떤 용도에서 사용할 수 있는지의 차원에서 주목할 필요가 있다.

1) 건강정책과 사회변화의 영향

미충족의료를 건강정책이나 사회변화로 인한 영향력을 보기 위한 변수로 활용한 연구를 살펴보면, 미충족의료를 단독으로 사용하기보다 의료이용이나 의료비 지출과 같은 변화를 보면서 함께 분석하는 경우가 많았다.

건강정책에서는 보건의료 개혁이나 건강보장의 연속성, 일차보건의료 체계와 같이 체계 수준의 영향으로부터 펀딩 프로그램, 훈련 프로그램 등 프로그램 수준의 영향을 보는 연구로 다양했다. 구체적으로는 아이오와의 주립 어린이 건강보험 프로그램, 오레곤 건강보험, 메디케이드 프로그램에서 관리의료/역할의 확장, 메디케이드 지불의 관용정도, 교외지역 건강보장 프로그램(중국), 일차 보건의료체계의 강도, 건강보장 연속성, 주의 포괄적 일차의료 서비스 프로그램 펀딩, 팀 기반의 일차의료 등이 포함되었다. 그 외에도 의사파업과 같이 독특한 이슈를 주제로 연구하기도 했다. 아쉬운 점은 이러한 종류의 연구에서 미충족의료의 이유에 따라 구분한 분석이나 해석은 많지 않다는 점이었다. 미충족의료의 지닌 넓은 의미를 살리기 보다는 미충족의료 지표를 의료 접근성의 한 프록시로 삼거나 의료이용의 보조적 의미로서만 포함된 경우가 많았다. 특히 미국의 정책 영향 연구는 메디케이드 운영방식의 변화나 의료보험의 보장수준 변화에 따른 경제적 미충족의료에 집중하는 경향이 있었다(Boothroyd et al., 2013; Caswell & Long, 2015; Garrett et al., 2003;

Gentili et al., 2016). 이와 다르게 팀 기반의 일차의료에 미치는 영향을 주제로 한 캐나다의 연구에서는 미충족의료를 가용성, 접근가능성, 수용성으로 분류하여 분석에 사용했고 사회경제적 수준에 따른 불평등 영향까지 분석했다(Zygmunt et al., 2017).

사회정책에는 공공부조, 공공 주택 재배치 프로그램, 청년 소득 보조금, 최저임금 정책 등이 연구되었다. 경제적 이유로 인한 미충족을 타겟으로 한 소득보조나 임금정책이 한 분류였다. 다른 분류로는 접근성과 거주지를 중심으로 한 주택 재배치 프로그램이 미충족의료에 미치는 영향을 본 연구 등이 있었다. 후자의 경우 미충족의료는 물리적 의미를 포함한 의료의 접근성의 차원에서 이용된 것이다. 즉, 어떠한 종류의 정책 영향을 평가하느냐에 따라 미충족의료는 해당 정책을 속성을 반영하여 경제적 차원, 물리적 접근성 차원, 수용성 등 다양한 의미를 지닌 개념으로 사용되었다. 보험 보장성의 확대나 소득 보조 정책과 같이 정책의 실행에 정치적 논란이 가능한 정책의 영향력을 본 일부 연구는 미충족의료 경험률의 감소 또는 증가하지 않은 연구 결과를 통하여 정책의 정당성을 주장하기도 했다(McCarrier et al., 2011).

분석 방법으로는 한 국가 내에서 이루어진 정책의 경우 대개 시행 전후의 자료를 이용해 그 영향력을 분석 했다. 자료의 특성에 따라 사회정책의 영향이나 보건의료시스템의 구성요소의 영향을 분석하는 유럽을 배경으로 한 연구는 국가 간 거시비교와 다수준 분석기법을 통해 정책의 영향을 보기도 했다(Detollenaere et al., 2017; McCarrier et al., 2010; McCarrier et al., 2011). 국내에서도 미충족의료가 이제 다년간의 자료가 축적되어온 만큼 더 다양한 연구방법을 통해 정책 영향을 보는 대리지표로서 사용한 연구를 시도할 필요가 있다.

2010년 이후로는 거시적 사회변화인 ‘경제 위기와 긴축’ 상황에서의 의료이용 변화를 본 연구도 다수 발표되었는데, 특히 위기 상황에서 의료이용의 불평등에 주목한 연구가 많았다(Elstad, 2016; Garcia-Subirats et al., 2014; Huang et al., 2014; Karanikolos & Kentikelenis, 2016; Legido-Quigley et al., 2016). 이와 같이 미충족의료는 단지 보건의료 정

책의 영역뿐 아니라 사회 정책의 차원에서도 영향을 받으며 의료적 차원에서 뿐 아니라 사회적 안전망의 차원에서 더 포괄적으로 다루어질 수 있는 개념임을 알 수 있다.

2) 환자중심의료

의료필요의 미충족 개념은 접근성 뿐 아니라 의료의 질, 특히 과정으로서의 질을 파악하는 데에도 장점이 있다. 환자중심의료는 미국의학연구소가 제시한 의료 질의 한 구성요소이기도 하면서 세계보건기구가 제시한 보건의료체계의 3대 목표 중 반응성에 밀접하게 관련된 영역이다. 환자중심의료를 이야기하기 위해서는 환자의 필요를 아는 것이 필수적이며, 환자중심의료를 달성하기 위해서는 무엇이 미충족 되었는지를 평가하는 일이 선행되어야 한다. 즉, 환자중심의료와 미충족의료 개념은 밀접하게 연결되어 있으며, 미충족의료는 의료체계에서 최종 결과인 환자에서 서비스를 제공하고 문제적 상황을 해결하고 상태를 향상시키고자 하는 목적에서 환자 중심의 시각을 제공해주는 평가도구가 될 수 있다. Kjekken 등(2006)은 류마티스 환자들의 치료가 환자중심적으로 이루어지고 있는지를 확인하기 위한 요소로 의료적 결정에 관여하는지, 정보를 제공받는 부분, 치료에 만족하는지를 설문문항으로 측정했고, 미충족 의료필요는 정성적 방법(open-ended question)으로 측정했다. 그 결과 27%의 환자들이 미충족을 보고했는데, 크게 신체적으로 남는 질병의 결과와 서비스가 이루어진 방식에 대한 불만으로 나뉘어졌다. 구체적으로는 신체적 결과(피로, 통증, 기능저하 등이 포함), 서비스의 질(시간부족, 연속성, 전인적이지 못한 치료, 존중이나 소통 부족), 서비스 접근(의사나 상담, 교육, 대안적 치료, 등 다양한 서비스에 접근 부족), 사회심리적 문제(우울감, 희망없음, 가족에 미칠 영향 등), 투약(투약, 부작용, 투약에 관한 정보 부족), 진료과정에 참여, 미래에 대한 염려 등이 있었다. 비슷하게 van der Eijk 등(2011)도 파킨슨 환자에서 환자중심적 치료로 가기 위한 첫 단계로 환자와 보호자의 미충족 의료필요를 파악하고자 했다.

반구조화된 질문으로 초점집단 인터뷰를 적용했고, 많은 순서대로 감정적 지지, 공감과 존중, 보호자가 치료에 대한 지식을 접하는 것, 환자에 맞추어진 정보(질병에 대한 믿을만한 정보, 전문가 찾기, 가정 치료기기, 치료 전략 등)를 제공받는 것, 결정에 관여하거나 선호를 존중받는 것, 지속성과 보호자와의 협력, 의료 접근성(문제가 생겼을 때 전화로라도 바로 연결될 수 있는)이 미충족으로 언급되었다. 이와 같이 미충족의료지표를 통해 전문가 중심의 의료이용 평가가 아닌 이용자 중심의 평가가 가능하다. 또한 이용자 중심의 필요와 미충족 평가 결과는 의료 전문가적 영역을 벗어나 건강과 의료의 사회적 필요로까지 확장될 수 있다.

기존의 많은 연구가 미충족의료를 주관성을 강조하기보다는 어떤 성과나 객관적 결과의 대리지표로서의 의미로만 다루었고, 문항 자체도 그 의미를 담아 상황을 파악하기에는 충분하지 않은 측면이 있었다. 따라서 환자중심 또는 이용자 중심의 관점을 내세운 연구는 질적 자료를 수집하거나 연구 자체적으로 다른 설문을 개발하여 미충족의료를 측정하고 분석한 경우가 많았다. 이 때, 주관적 특성을 지닌 미충족의료를 객관적인 것으로 해석하려는 방식은 적절하지 않으며 오히려 그 주관성에 대한 다각적 분석이 필요하다. 미충족의료에 대해 의료인과 돌봄 제공자, 그리고 환자의 평가를 비교하거나 직접 그 의견을 정성적으로 분석하는 작업이 유용하다(Gibbons et al., 2005; Philip et al., 2014; McDoom et al., 2014). 예를 들어, 특정 의료서비스에서 결정 과정에 관여했다는 환자의 인식은 필요의 충족을 높이지만 필요의 미충족을 낮추는 데에는 유의하지 않다는 연구 결과는 필요에 대한 기대와 충족을 측정하는 데에 복잡한 인식과정이 포함되어 있음을 보여준다(Leese et al., 1998).

지금까지는 의료서비스와 이용자 특성이 일반적인 의료서비스와 다르다고 인식되는 정신보건의료나 장애의 영역에서 환자중심의료에 관심을 갖는 경우가 많았다. 그러나 사회적으로 환자권리가 향상되고 있으며 의료의 질이 중요해짐에 따라 앞으로 제반 의료서비스 분야 전반에서 이 영역을 깊이 고민해야 할 것이다. 이용자 중심의 미충족의료는 의료의 질적 측면에 해당하며 서비스의 양적 제공과는 다른 결과를 낼 수 있으

며 이에 따른 정책적 함의를 지닌다(Roth & Crane-Ross, 2002).

한편, 환자중심의료는 소비자 역량강화(Roth & Crane-Ross, 2002), 의료 서비스(케어, 관리)의 개별화(individualising)와 같은 다양한 관점으로 연결되기도 한다(Timpel et al, 2017). 미충족의료에 대한 연구에 제공자와 이용자의 젠더 관점에 초점을 맞추는 경우도 있다(Young et al., 1998; Pineault et al, 2017). 남성과 여성은 서로 다른 개념의 의료필요와 미충족을 경험, 인식, 판단할 수 있으나 지금은 개념인식 자체에서의 차이는 물론 젠더 규범의 영향에 대해서도 연구가 부족하다. ‘돌봄 제공자’의 필요를 미충족 의료필요에 포함할 수 있는지는 논의가 필요하지만 환자중심의료의 관점에서는 환자에 밀접하게 영향을 미칠 수 있는 돌봄 제공자의 필요가 중요할 수 있다. 국내 연구는 아직 ‘돌봄 제공자’의 필요와 미충족에 대한 연구가 부족한 편이나 국외에서는 Camberwell Assessment of Need 등의 도구를 이용한 환자와 돌봄제공자의 건강 관련 필요를 다양하게 연구하고 있다(Lasalvia et al., 2005). 의료와 건강의 사회적 결정요인 관점에서 향후 이러한 방향으로 관심과 연구가 필요하며 더욱 확대되어야 할 것이다.

환자중심의료는 무조건 환자의 요구에 따라야 한다거나 정보만 제대로 제공하고 나머지는 환자들이 스스로 알아서 결정하도록 내버려두는 것이 아니다. 때로는 최적의 치료를 위해 필요하다면 방향을 제시하고 환자의 신념이나 가치에 도전할 수도 있는 것이어야 한다. 대신 환자를 한 인격으로 대하고 자신의 상황을 이해할 수 있는 지식을 가질 수 있게 도우며 환자가 스스로의 치료에 적극적인 참여자로 관여할 수 있게 해야 한다. 이런 차원에서 미충족의료의 주관적으로 측정하는 것이기 때문에 사회적으로 부적절한 욕구를 가려내지 못할 것이라고 보는 인식을 극복하는 데 도움이 될 수 있을 것이다. 물론 여기에도 무엇을 사회적으로 적절한 필요로 규정할 것인지를 논의할 때 전문가적 온정주의가 너무 비대해지는 것을 여전히 경계해야 한다는 과제가 있다.

환자중심의료로 비추어 보면 의료필요의 미충족을 주관적으로 파악하는 것은 적절하지 않은 정보가 섞여있는 불순한 자료원으로 배제 또는

통제해야 할 것이 아니다. 의료의 질과 반응성의 향상이라는 차원에서도 반드시 이루어져야 할 부분이며, 이를 중심에 둔 상태에서 의학적 전문가의 지식과 더불어 소통되고 이해되며 보완되어야 하는 것이다. 이것은 건강과 질병, 그리고 의학의 불확실함이라는 본질적 특성 때문에라도 적극적으로 고려되어야 한다.

제2절 이론적 고찰

국내의 기존 연구를 검토한 결과, 기존의 지표를 이용한 연구를 통해서도 많은 정책적 제안이 이루어졌지만 현상을 파악하고 변화를 이끌어낼 수 있는 개입 방안을 마련하기까지 가기에는 아직 부족했다. 의료이용에서 실질적인 미충족 문제를 해결하고 근본적인 문제 해결 방안이 실현 가능성과 실효성을 가지려면 원인으로부터 현상 발생에 이르는 경로와 기제에 대한 지식이 충분해야 한다. 현재 사용 중인 지표를 중심으로 한 미충족의료의 정의는 미충족의료의 현상과 기제를 파악하기에 다소 부족한 것으로 보인다. 미충족医료를 경제적 접근성, 시간적 접근성, 그리고 거리적 접근성으로만 인식하는 것은 아직 의료자원과 건강보험이 충분히 성숙하기 전의 틀에서 크게 바뀌지 않은 것이다. 이대로는 이미 변화했고 앞으로도 급격하게 변화할 의료와 사회적 필요를 점점 더 제대로 반영하기 어려워질 것이다. 이번 절에서는 의료필요와 미충족医료를 어떻게 다시 정의해야 할 것인지를 고찰하고 측정방법의 개선에 대해 검토한다.

1. 의료필요와 미충족의료의 정의

미충족医료를 설명하려면 불가피하게 의료필요를 먼저 설명해야만 한다. 의료필요의 개념 정의, 그리고 의료필요의 구성요소가 미충족 의료필

요 개념의 기초가 되기 때문이다. 의료필요를 무엇으로 생각하느냐에 따라 미충족의료를 설명하는 것, 또는 측정하는 것이 바뀔 수밖에 없다. 미충족의료는 의료필요 대비 필요의 충족정도이므로 의료필요는 분모에 해당하는 셈이다.

보건학에서는 의료필요를 정의할 때 전통적으로 욕구(want), 필요(need), 수요(demand)의 세 가지로 구분한다(예방의학과 공중보건 편집위원회, 2013).

- 욕구: 일반인이 자신에게 필요하다고 느낀 의료서비스의 양
- 필요: 의료전문가가 판단한 의료서비스의 양(생물학적 필요, 의학 적 필요)
- 수요: 시장에서 소비자가 실제로 구입한 의료서비스의 이용량

표 1 의료필요, 욕구, 의료이용에 따른 구분(예방의학과 공중보건 편집위원회, 2013)

		의학적 필요			
		없음		있음	
		욕구		욕구	
		없음	있음	없음	있음
의료 이용	없음	A	B	C	D
	있음	E	F	G	H

<표 1>은 의료필요, 욕구, 의료이용의 각 정의가 겹치는 범위에 따라 특정 사회현상으로 구분한다. 이 구분에서 적절한 의료이용 상태를 A와 H로 보고, C와 D를 의학적 필요가 있으나 의료이용을 하지 못하는 미충족 필요(unmet need)로 정의한다. E는 의사유인수요, B와 F는 의학적으로 필요 없는 욕구로써 바람직한 유형이 아니므로 정책의 관심이 아니거나 도덕적 해이라는 차원에서 규제 대상이 된다. 정책적으로는 A, H를 증가시키고 C와 D를 줄이는 것을 목표로 삼는다. 이 설명은 미충족의료를 당사자의 욕구여부와는 관계없이 의학적 필요만을 준거로 삼아 필요를 정의한 것이다. 현재의 이 정의는 의료 전문가적 관점에서는 적절하지만 정책에 적용하기에는 한계가 있다. 사회정책으로서 발전한 의료체계는 꼭 의료적 필요만 영향을 미친 것이 아니기 때문이다.

근대화와 더불어 의료가 발전하기 전까지 의료는 건강을 회복시킬 수

있는 역량이 그리 크지 않았다. 그럼에도 질병은 사람들에게 명백히 고통과 불안의 요소였으므로 이에 대한 사회적인 요구가 있었고 사회는 여기에 대처하기 위한 방안으로 의료체계를 발전시켜온 역사를 가지고 있다(조병희, 2010). 즉, 의료필요는 본래 사회적 필요의 한 부분이라고 할 수 있다. 사회적 필요에 대해서는 Bradshaw(1972)가 정의한 분류가 많이 활용되었는데, 그에 의하면 필요는 규범적 필요(normative need), 느껴진 필요(felt need = perceived need), 표현된 필요(Expressed need), 상대적 필요(comparative need)의 네 가지 유형이 있다. 규범적 필요는 전문가가 판단한 필요이다. 객관적인 것처럼 보이지만 사실은 전문가 사이에서도 판단이 다를 수 있고 사회적 가치가 변화하면서 바뀔 수도 있으며 온정주의적 관점에서 벗어날 수 없다는 한계가 있다. 느껴진 필요는 욕구(want)와 동의어이며, 민주주의에서는 다른 유형보다도 이 영역이 중요할 수 있다. 표현된 필요는 느껴진 필요가 행동으로 바뀐 것으로, 대기리스트가 미충족필요를 나타낼 수 있다고 보는 식이다. 그러나 이 역시 실재하는 필요(real need)를 측정하기에는 불충분하다. 상대적 필요는 같은 상태에 놓인 두 집단에서 서비스를 받지 못하고 있는 쪽에 필요가 있다고 보는 방식이다(Oliver & Mossialos, 2004). 의료는 근본적으로는 사회적 특성을 지니고 사회 문화적 영향을 받는 현상이므로 의료필요의 특수성을 인정하더라도 사회적 필요의 틀 안에서 설명될 수 있고 전문가가 판단한(규범적) 필요만으로 설명하는 것보다 더 타당하다. 전통적으로는 용어를 ‘욕구(want)’와 ‘필요(need)’로 구분하다보니 두 개념이 마치 서로 다른 차원이고 의료필요라고 표현하면 ‘필요(need)’만 지칭하는 것처럼 인식하기 쉬웠다. 그러나 본래는 ‘욕구(want)’와 ‘(전문가가 판단한)필요(need)’ 모두가 큰 정의의 사회적 필요(Social Need) 안에 속하는 어떤 유형의 ‘필요’이다.

정책적 시사점을 찾고자 하는 실용적인 관점에서 보더라도 의료필요를 전문가적 관점에서 평가한 필요에 국한하기보다 사회적 필요의 개념으로 보는 것이 유리하다. 사회서비스의 역사는 ‘사람들이 필요를 인지하고 그것을 충족하기 위해 사회가 조직되어가는 이야기’라는 설명은 결국

지금 제도적으로 인정된 필요 역시 처음에는 인지된 필요(욕구)로부터 시작했으며, 사회정책을 논할 때 어느 한 유형의 개념만을 적용할 수 없음을 보여준다(Bradshaw, 1972; Dean, 2010). 의료정책 영역에서도 이미 전문가가 판단한 필요만으로 의사결정이 이루어지는 경우는 거의 없다. 예를 들어 급여와 비급여 항목을 결정하는 데에도 임상적 기준 외에 사회적 요구도가 중요하게 반영된다. 그 일환으로 건강보험공단이나 건강보험심사평가원에서도 건강보장 급여 우선순위나 타당성 등을 논의하기 위한 시민참여제도를 시행하기도 했다(Suh & Lee, 2014). 의료정책을 평가하고 계획하기 위한 측정의 차원에서도 전문가가 판단한 필요만이 아니라 욕구(want), 즉 인지된 필요(perceived need)를 포함한 사회적 의료 필요 자체를 파악해야 하는 것이다.

의료필요는 관점에 따라 다음과 같이 설명할 수도 있다. 의료 전문가 관점은 도구적 필요와 유사하여 ‘건강에 이익’을 얻을 수 있을 때에만 보건의료가 필요하다고 본다. 정책 관리자 관점에서 정부는 사람들의 특정 필요를 충족시킬 의무가 있다고 여겨질 경우 그 특정 ‘필요’를 인구집단에 의료급여서비스를 제공할 수 있는 범위로 구체화하고 명확하게 정의하고 싶어 한다(Sheaff, 2002). 이용자 관점에서 보면 의료필요는 의료적 요인과 비의료적 요인이 모두 포함되어 있으나 전문가나 관리자 기준을 넘어서는 이용자의 필요는 도덕적 해이로 간주되는 경향이 있다. 비의료적 요인에 해당하는 의료필요는 대부분 이러한 기준 자체에 포함되어 있지 않으며, 때로는 기준을 위반한다. 그러나 주체의 관점을 강조하는 환자중심의료 차원에서 의료필요는 ‘환자의 몸’보다 ‘환자의 삶’에 맞추어진 다. 환자는 자신의 건강상태를 인식하고 의료필요를 판단하는 일차적 주체이다. 건강은 환자가 행동할 수 있는 역량(capability)으로서의 의미이며, 의료는 환자의 자기주도적 행동(self-directed action)을 위한 역량확보를 위한 것이 된다(Sullivan, 2016).

이 연구에서는 과거의 틀로 포착되지 않지만 현실에 이미 존재하는 의료필요를 측정하기 위해서 의료필요를 이용자의 관점에서 보아야 한다는 입장을 취한다. 단, 기존의 정의에 있던 ‘필요’를 부정하고 ‘욕구’를

‘의료필요’로 그대로 대체할 수 있다는 것이 아니다. 기존의 정의에서 의료필요는 전문가가 인정한 ‘필요’와 이용자가 인식하는 ‘욕구’로 구분되고 ‘욕구’ 중에서도 ‘필요’와 겹치지 않는 부분은 개별적이고 주관적인 것으로써 연구와 정책적 개입의 대상으로부터 제외되었다. 새로운 정의는 그 겹치지 않는 부분 역시 필요로 포괄할 수 있다고 주장하는데, 그 부분에는 전문가가 정의하지 않았음에도 객관적으로 존재하는 의료필요가 있기 때문이다. 예를 들면 의료로부터 안심/안전함을 얻고자 하거나 질적으로나 규범적으로 신뢰할 수 있는 의료를 이용하고자 하는 필요 등이 여기에 해당하며, 이러한 의료필요의 미충족은 분명 사회적, 정책적으로 개입해야 할 영역이다. 즉, 생의학적 필요 외에도 정신적, 심리적 필요와 사회적으로 구성된 필요가 모두 미충족의료의 정의에 포함된다. 이때 미충족의료는 그러한 의료필요를 인식하고 이용하는 과정 속에서 의료필요가 충족되지 못한 경험과 상태로 정의한다. 정책적으로 ‘욕구’를 모두 반영하는 것이 바람직하다는 것은 아니다. 대부분의 사회정책이 그러하듯이 사회적 요구와 전문가적 지식과 사회적 자원의 한계를 함께 고려한 사회적 논의를 통해 사회가 인정하고 보장해야 할 의료의 범위를 정할 수 있을 것이다. 이 연구는 옳음과 바람직함의 가치에 관해 가리는 단계가 아니다. 그 이전에, 의료필요와 그 미충족에 대한 기존의 정의가 전문가적 필요로 제한되어온 것에 문제를 제기하고 다른 관점을 강조함으로써 그동안 연구와 논의에서 제외되었던 영역을 조명하고자 하는 것이다.

이렇게 의료필요를 정신적, 심리적, 사회적으로 구성된 필요를 포함한 이용자 관점에서 본다면 전문가가 건강에 유익이 있으리라고 판단한 의료서비스 이외에 어떤 것까지가 의료필요에 속하게 되는 것일까? 신체적 질환, 정신적 질환, 예방, 재활, 장기요양으로 분류하는 것은 여전히 제도적 틀과 의료전문가와 관리자의 관점이다. 의료로부터 얻고자 하는 것이 건강 그 자체에만 국한되지 않으며 Sullivan(2016)이 주장한 바와 같이 자신의 주도적 행동을 위한 역량 확보를 위한 것이라고 한다면 이해에 도움이 된다. 대표적으로 매슬로우의 욕구단계(인지된 필요 단계)를 살

펴보면 더 근본적인 필요의 유형을 생각하는데 도움이 된다. 심리학 분야에서 잘 알려진 매슬로우의 욕구모형은 필요를 <그림 2>와 같이 다섯 단계의 위계적 형태로 설명한다(Maslow, 1943).

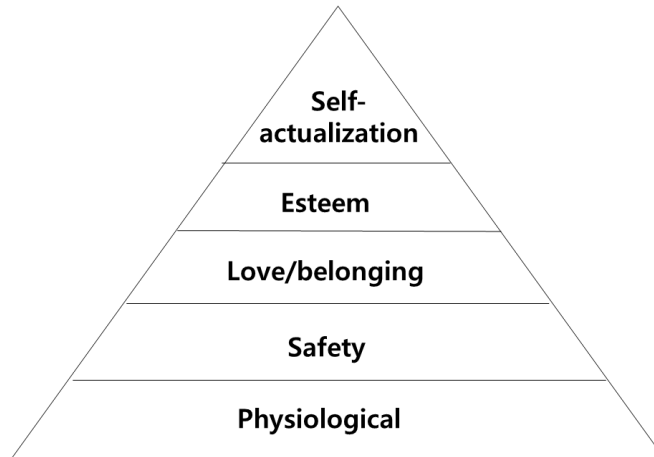


그림 2. 매슬로우의 욕구모형(Maslow, 1987)

- ① 신체적 영역/물리적 필요
: 호흡, 순환, 온도, 음식과 물 섭취, 배설, 움직임 등
- ② 환경적 영역/안전과 보장에 대한 필요
: 거주, 지역사회, 기후(climate)
- ③ 사회문화적 영역/애정과 소속감에 대한 필요
: 타인과의 관계, 타인과 소통, 지지체계, 지역사회의 일원이 되는 것, 타인으로부터 애정을 느끼는 것
- ④ 감정적 영역/자기존재에 대한 필요
: 희망, 기쁨, 호기심, 행복, 스스로를 받아들이는 것
- ⑤ 지적, 영적 영역/자기실현의 필요
: 생각하기, 배우기, 의사결정, 가치, 신념, 수행, 타인을 돕기

매슬로우의 욕구단계에 비추어 보면 의료필요도 다음과 같이 위계적으로 설명할 수 있다. 그리고 이러한 분류의 설명은 국제보건기구가 주장한 보건의료체계의 목표 중 한 가지인 반응성(responsiveness)과도 밀접한 관련이 있다. 의료필요에는 당연히 이와 같은 내용들이 포함될 수

있다.

- ① 고통을 줄이고자 하는 기본적인 의료욕구(physiological)
- ② 건강문제로부터 자신을 보호하고 불안을 회피하고자 하는(의료 사고나 부작용으로부터의 회피 포함) 안전함(safety)의 욕구
- ③ 인간적 의료, 의료인과의 관계 형성과 같이 인간 사이에서 발생하는 기본적인 돌봄과 애정(love/belonging)에 대한 욕구
- ④ 의료이용에서 자신의 선택을 존중받고 사람으로 부끄럽지 않게 진료 받을 수 있는 자존감(esteem)에 대한 욕구
- ⑤ 단지 손상되고 결핍된 부분을 회복하기 위한 의료를 넘어 더 나은 상태를 지향하려는(self-actualization) 욕구

Tulchinsky와 Varavikiva(2000)는 매슬로우의 이론이 특히 보건의료 체계를 계획하고 관리하기 위한 목적에서 적절하다고 주장했는데, 이는 필요를 보통의 물리적 맥락 이상에서 규명해주기 때문이다. 또한 이러한 위계는 건강과 질병의 사회적 결정요인을 설명하는 데에도 도움이 된다. 실제에 적용했을 때는 견고한 검증결과까지는 제시되지 못하고 다양한 결과를 보였고 비판적 의견을 지닌 학자도 많다. 필요가 그림과 같이 순차적인 위계를 가지는 것이 아니라 한 시점에 서로 다른 위계의 필요가 존재할 수 있다는 비판은 충분히 수용할 만 하지만 이론적으로 어떠한 종류의 필요가 있는지를 논하는 목적에서라면 충분할 것이다(Miller, 2005). 또한 유동적이지 못하고 원시적이며 일반적이므로 건강에 관한 필요를 평가하기 어렵다는 비판은 이러한 개념의 요소 자체보다는 어떻게 실질적으로 활용할 것인가의 방법적 차원에서 보완될 수 있을 것이다(Harrison et al., 2013). 물리적 필요를 제외하고는 결과와의 인과적 연관성을 보기 어렵다는 McCall(1976)의 비판은 의료필요가 꼭 건강과 연관되지만은 않을 수 있다는 점에서 반박할 수 있다.

의료필요는 그 속성으로 정의하는 것 외에도 범위의 차원에서 보건의료에 대한 필요를 문제로 가지고 있는 주체, 가족, 지역사회, 집합적 요구로써 보건의료체계가 효과적인 중재로 대응해줄 수 있으리라는 집합적

요구로 정의하기도 한다(Andrews & Hendersen, 2000). 그 외에도 국제 기준에서 경제협력개발기구는 일상활동 측정(Activities of Daily Living, 이하 ADL)으로 인한 서비스 요구도 보건의료 영역으로 간주해야 하고 국제보건기구는 더 포괄적으로 도구적 일상활동 측정(Instrumental Activities of Daily Living, 이하 IADL)까지 포함해야 한다고 제안했다. 신정우(2011)는 국제보건기구의 국제기능장애건강분류(International Classification of Functionign, Diability and Health, ICF) 프레임을 이용하여 ADL 이나 IADL을 한 개 이상 보유한 경우와 만성질환을 한 개 이상 보유한 경우에 ‘의료 등에 대한 니드’가 발생한다고 정의하기도 했다. 인구집단의 특성에 따라 의료필요를 달리 정의하기도 한다. 예를 들어 장애인의 의료필요를 주관적 욕구, 필요재활 보조기구의 소지, 건강보험 건강검진으로 확대하여 대상자의 특성에 맞는 의료필요를 측정하는 식이다(신자은, 2013). 환자의 필요를 평가하는 도구에는 환자 뿐 아니라 보호자의 필요까지도 포함되는 경우가 많으나, 실제 정의에 여기까지 의료필요로 포함해야 할 것인지는 고민의 여지가 있다. 의료필요에는 의료와 ‘관련된 필요’가 겹치게 되고 확장하다보면 결국 다른 사회적, 인간적, 심리적 필요와 겹칠 수밖에 없다. 예를 들어 이란의 한 연구는 여성의 자연분만 동안 필요로 하고 기대하는 바를 인터뷰하여 질적으로 분석했을 때 신체적, 심리적, 정보, 사회관계적, 자존감, 안전함, 의료필요의 범주로 구분했다(Iravani et al., 2015) 여기서 의료필요의 범주는 좁은 의미를 가지겠지만 나머지 필요가 의료를 이용하는 동안의 필요와 독립적이라고 할 수 없다.

미충족의료는 의료필요가 어느 정도로든 충족되지 못한 것을 의미할 것이다. 기존의 정의인 전문가가 평가한 의료적 필요가 있음에도 의료를 이용하지 않은 것이라는 설명과는 매우 다르다. 미충족의료의 개념은 단지 질병이나 의료기관 방문필요에 대한 의료이용 여부에 그치지 않고 조금 더 다양하게 정의될 수 있다. 미충족医료를 따로 정의한 기존 연구를 살펴보면 Donabedian(1973)은 미충족医료를 ① 의료전문가는 필요하다고 하나 대상자는 그렇게 생각하지 않는 질병이나 건강상태, 대상자는

필요하다 생각하나 의료전문가는 동의하지 않는 질병이나 건강상태, ② 대상자가 원하나 받지 못한 서비스, 전문가적 기준으로 필요한 서비스이나 대상자가 받지 못한 서비스, ③ 대상자가 원하지만 이용 불가능한 자원 ④ 서비스를 적절히 사용했으면 예방되거나 없어지거나 상당히 경감될 수 있는 질병이나 불능상태로 구분하였다. 미충족의료를 전문가뿐 아니라 대상자가 필요하다고 생각하는 것을 포함하고 서비스의 이용여부뿐 아니라 이용이 필요한 건강상태로도 본 것이다. Allin(2010)의 정의는 ① ‘인지되지 않은 미충족의료’로 보건의료 자체가 필요하다고 인지하지 못한 경우, ② ‘주관적이고 선택한 미충족 의료’로 스스로 어떤 형태의 중재가 필요하다고 인지하지만 요구하지 않기로 선택한 경우, ③ ‘주관적이고 선택하지 않은 미충족의료’는 스스로 어떤 형태의 중재가 필요하다고 인지했지만 자신의 통제를 벗어난 장애물로 인해 보건의료서비스를 받지 못한 경우, ④ ‘주관적이고 임상적으로 인증된 미충족의료’는 개인이 보건의료 필요성을 인지하고 서비스에 접근했으나 의료인이 적절하다고 판단하는 치료를 받지 못한 경우, ⑤ ‘주관적 미충족 기대’는 어떤 종류의 보건의료 필요를 인지하고 치료에 접근했으나, 스스로 느끼기에 적합한 치료를 받지 못했다고 인지한 경우이다. Allin의 정의에서는 기본적으로 의료필요를 ‘스스로 어떤 형태의 중재가 필요하다’고 표현하여 의료전문가가 정한 기준보다 이용자의 인지를 강조하는 듯 보인다. 그러나 ‘의료인이 적절하다고 판단하는 치료’ 나 ‘임상적으로 인증된’ 과 같은 의료전문가적 관점도 포함하고 있다. 이 정의에서 새롭게 접근한 부분은 인지되지 않은 단계까지 포함하고, 치료를 받은 이후의 단계까지 포함함으로써 의료이용의 여부만을 미충족의료로 보는 인식을 넘어선 것이다. 서비스의 여부나 상태뿐 아니라 서비스를 이용했지만 불충분함을 인지한 경우까지도 포함했다. 또한 ⑤번의 정의에서 ‘스스로 느끼기에 적합한 치료를 받지 못했다고 인지한 것’은 명확한 이용자 중심의 관점을 보여준다. Levesque 등(2015)의 환자 중심 접근성 모델에 따르면 의료필요를 인지한 순간부터 이용하기까지의 여러 단계 각각에서 미충족의료가 발생한다는 설명도 가능하다. 즉, 의료필요를 인식하는 것부터 의료를 찾고

선택하고 이동하며 이용하는 과정과 그 후까지의 모든 단계에서 각기 다른 의료필요의 요소가 발생하며 미충족이 생길 수 있다. 또한 각 단계에 작용하는 이용자 차원에서의 접근 역량과 공급 차원에서의 접근 가능성을 구분함으로써 이용자의 관점 또한 분명한 기준이 되어야 한다는 것을 보여주었다는 것 역시 중요한 시사점을 준다.

정리하면 미충족의료를 정의하는 데에는 의료필요를 무엇으로 볼 것인가와, 어떤 형태를 의료필요의 미충족으로 볼 것인가의 두 가지 축이 있다. 의료필요는 전문가적 관점에서 건강에 유효한 의료 서비스뿐 아니라 건강에 반드시 도움이 되지 않을 수 있지만 사회적으로 필요하다고 인정되는 의료서비스를 포함하며, 세계보건기구가 제시한 반응성(responsiveness)과 매슬로우의 모델에서 보여주듯 의료를 통해 발생하는 비의료적 영역까지도 포함할 수 있다. 그렇다면 미충족의료는 이와 같은 의료필요가 어떤 형태와 요소에서 어느 정도 만큼 충족되지 못했다고 인지한 것으로 설명할 수 있다.

2. 미충족의료의 측정과 보완 가능성

특정 개념을 어떻게 측정하는가는 그 자체가 얼마나 제대로 본래의 개념을 담아내는가의 문제 외에도 더 중요한 영향력을 지닌다. 측정은 개념으로부터 도출되지만 반대로 개념 자체를 변화시킬 수 있기 때문이다. 일단 대표적인 측정문항이 정해지고 나면 여러 연구에서 그 문항을 사용하여 해당 개념을 측정하게 되고 그렇게 측정된 결과를 통해 여러 다른 개념과의 관계를 설명한다. 그런데 만일 문항에서 미처 담지 못한 개념의 영역이 있고, 그것이 이론적으로나 실용적으로 중요하다면 연구가 쌓여갈수록 해당 영역에 대한 설명은 상대적으로 가려지고 의도하지 않았어도 축소되어 일부는 사라지게 될 수도 있다. 따라서 어떤 의료필요가 충족되지 못하였는가를 파악하기 위해서 실재하는 필요를 담아낼 수 있도록 측정하는 것이 중요하다.

지금까지 미충족의료의 측정도 기존의 정의와 그리 다르지 않은 방식

으로 이루어졌고 이를 기반으로 해석해 왔다. 1980년대-2000년대 이전의 연구에서 발견되는 미충족의료 변수의 정의를 보면 특정 기간 사이에 진찰이나 치료가 필요한 증상이나 진단된 질환을 기준으로 삼고 이를 경험했던 사람에서 어떤 형태로든 의료기관을 방문한 경우를 충족된 의료요구로, 아닌 경우를 미충족의료로 정의하는 것이 많았다(이경용, 정호근, 1988; 김복연 외, 1991; 김석범, 강복수, 1994; 최재규, 1995). 개인별로 측정하는 경우 미충족의료 경험률의 공식은 ‘1 - (이용자/의료요구자)’가 된다. 연구마다 직접 설문지를 만들어 조사하였기 때문에 증상을 경험한 시기, 치료원의 종류 등에 약간의 차이가 있었다. 예를 들어 증세가 경미하거나 치유가 곤란한 것으로 인식한 경우를 제외하는 방식(최재규, 1995), 개인별로 측정하는 것이 아니라 집단으로 측정하여 만성질환의 경우 1년 간 통산 의료이용의 집단 평균을 기준으로 그 차이를 집단의 미충족 경험률로 측정하는 방식(김복연 외, 1991; 김석범, 강복수, 1994)과 같이 약간의 차이는 있지만 공통적으로 전문가적 관점에서 평가된 의료필요에 대해 의료를 이용하지 않은 경우라는 좁은 정의의 미충족의료에 그쳤다.

2000년대 이후의 연구부터 조금 달라진 점은 점차 개인에게 인지된 필요를 묻는 방식이 적용되었다는 것이다. 예를 들어 박종영 외(2005)의 연구는 정해진 증상이나 질환군이 아니라 개인에게 자각된 질병 여부를 묻고 그 중에서 의료이용 여부를 조사하여 현재 의료이용을 하는지의 여부를 필요 충족의 기준으로 보았다. 그러나 여전히 인지된 질병이라는 점에서 질병임이 확정되지 않은 상태에서 느끼는 의료필요는 제외되었다. 이 후 연구부터는 대상자가 스스로 의료서비스 이용이 필요하다고 판단하는 경우에 의료서비스 접근성을 보장해야 한다는 개념에서 ‘대상자가 의료를 이용해야겠다는 생각을 가졌지만 여러 사정으로 의료서비스를 이용하지 못할 때’를 미충족의료로 보는 정의를 사용하고 있다. 또한 국민건강영양조사, 복지패널, 의료패널 등 다양한 전국민 조사체계가 구축되면서 대부분의 연구가 비슷한 자료원을 이용하게 되어 미충족의료 정의를 묻는 문항에 큰 차이가 없어졌다.

국내 미충족의료 측정 도구는 전국민을 대상으로 한 여러 조사문항에 포함되어 있다(표 2). 측정 문항은 한국복지패널을 제외하고 약간의 용어 차이를 제외하면 거의 동일하다. 선택지의 경우도 시간, 경미한 증세, 경제적 이유, 의료기관과의 거리와 이동, 예약 문제 등으로 유사하게 구성되었고 특정 인구집단을 대상으로 한 일부 조사에서는 그에 맞춘 선택지가 추가되거나 달리 구성되었다. 이와 같은 문항 구성에서 첫 번째 질문 항목은 미충족의료란 무엇인지에 대한 개념이 담겨있고, 두 번째 질문 항목은 미충족의료란 왜 발생하는가에 대한 설명이 담겨있다.

표 2. 국내 미충족의료 측정 문항

데이터셋	질문	선택지	대상
국민건강영양조사 (2016년)	최근 1년 동안 본인 이 병원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?	① 시간이 없어서(내가 원하는 시간에 문을 열지 않아서, 직장 등을 비울 수 없어서, 아이를 봐줄 사람이 없어서 등) ② 증세가 가벼워서 ③ 경제적인 이유 ④ 교통편이 불편해서, 거리가 멀어서 ⑤ 병원원에서 오래 기다리기 싫어서 ⑥ 병원 등에 예약을 하기가 힘들어서 ⑦ 진료(검사 또는 치료) 받기가 무서워서	개인
한국 의료패널 (2016년)	최근 1년 동안 본인 이 병원(치과 제외)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있는가?	① 경제적 이유(치료비용이 너무 많아서) ② 의료기관이 너무 멀어서 ③ 거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 방문이 어려움 ④ 아이를 봐줄 사람이 없어서 ⑤ 증세가 경미해서 ⑥ 어디로 가야 할지 몰라서(정보부족) ⑦ 방문시간이 없어서 ⑧ 빠른 시일 내에 예약이 되지 않아서 ⑨ 나(또는 가족)의 건강상태를 잘 아는 주치의가 없어서	개인
지역사회건강조사 (2017년)	최근 1년 동안 본인 이 병원(치과 미포함)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	① 경제적인 이유로 ② 병원 등에 예약을 하기 힘들어서 ③ 교통편이 불편해서 ④ 내가 갈 수 있는 시간에 병원 등이 문을 열지 않아서 ⑤ 병원 등에서 오래 기다리기 싫어서 ⑥ 증상이 가벼워서	개인
한국복지패널	지난 1년 동안 돈이	-	가구

패널조사 (2017년)	없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 적이 있는가?		
장애인 실태조사 (2014년)	최근1년 간 본인이 병의원(치과 제외) 에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	① 경제적인 이유로 ② 병의원 등에 예약을 하기가 힘들어서 ③ 교통편이 불편해서 ④ 내가 갈 수 있는 시간에 병의원 등이 문을 열지 않아서 ⑤ 병의원 등에서 오래 기다리기 싫어서 ⑥ 증상이 가벼워서 ⑦ 의료기관의 장애인 편의시설 설치 미비로 인해 ⑧ 의사소통의 어려움이 있어서	개인
다문화 가족 실태조사 (2015년)	지난 1년 동안 아파 서 병원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험이 있었습니까?	① 한국어를 잘하지 못해서 ② 가까운데 병원이 없어서 ③ 치료비가 부담스러워서 ④ 어떤 종류의 병원을 가야될지 몰라서 ⑤ 이용절차가 복잡해서	개인

국외에서도 미충족의료를 정량적으로 측정하는 도구는 크게 다르지 않았다. 유럽에서 공통적으로 사용하는 대표적인 도구로는 EU-SILC(Euro-pean Union Statistics on Income and Living Conditions)가 있다. 이 문항은 “당신이 생각하기에 당신은 지난 12개월 간 의료적 검사나 건강 문제로 인한 치료가 필요하다고 생각했지만 받지 않았던 적이 있습니까?”라는 질문에 “예/아니오”로 답하도록 했다. 이어서 “검사나 치료를 받지 않은 가장 큰 이유는 무엇이었습니까?(가장 최근에)”라는 질문을 하며 선택지는 다음과 같다. ① 비용을 감당할 수 없어서(너무 비싸서), ② 대기가 길어서, ③ 일이나 가족에 대한 책임 때문에 시간을 낼 수 없어서, ④ 이동하기 너무 멀거나 교통수단이 없어서, ⑤ 의사/병원/검사/치료가 무서워서, ⑥ 저절로 좋아지는지 기다려보고 싶어서, ⑦ 좋은 의사나 전문의를 알지 못해서, ⑧ 기타. 국가 별로 언어 때문에 표현이 조금씩 차이가 났지만 문항 자체가 다르지는 않는 것으로 보였다. ESS(European Social Survey)에서는 “지난 12개월 동안, 이 카드에 적힌 어떤 이유에 대해 당신이 필요할 때 의료 상담이나 치료를 받지 못한 적이 있습니까?”라는 문항을 사용했다. 이 자료를 사용한 Fjaer 등(201

7)의 연구는 미충족의 이유로 가용성(Availability: 대기가 길어서, 약속을 잡을 수 없어서, 필요한 치료를 근처에서 이용할 수 없어서), 접근가능성(Accessibility: 비용을 지불할 수 없어서), 수용가능성(Acceptability: 직장이나 다른 일 때문에 시간을 낼 수가 없어서)의 세 가지 분류를 두었다.

미국의 연구에서는 BRFSS(Behavioral Risk Factor Surveillance System) 비용을 중심으로 미충족의료를 측정하였다. “지난 12개월 동안 비용 문제로 인해 의료를 이용하지 못한 적이 있었는가?”, “지난 12개월 동안 비용 때문에 처방전대로 약을 먹지 못한 적이 한번이라도 있었는가?” 그리고 ‘의료비로 인한 부채’를 물었다. 부가질문으로 “비용이 아니라 다른 이유로 필요한 의료를 받는 것이 지연된 적이 있었는가? 가장 중요한 이유를 고르시오.”라는 질문에 대해 ‘진료 예약이 너무 오래 걸려서’, ‘값지만 너무 오래 기다려야 해서’, ‘당신이 가능한 시간에 병원이 열지 않아서’, ‘교통수단이 없어서’ 라는 선택지를 두었다(Okoro et al., 2017).

캐나다는 NEHW(Neighbourhood Effects on Health and Well-being)에서 “지난 12개월 간 의료가 필요하다고 느꼈지만 받지 않았던 경우가 한 번이라도 있었습니까?”와 “당신이 필요했지만 받지 않았던 가장 최근의 일을 생각했을 때, 보건의료를 이용하지 않게 된 주요한 두 가지 이유는 무엇이었습니까?”의 두 문항이 있다. 이 자료를 이용한 Hwang 등(2017)의 연구는 이유로 ‘개인적 선택(불충분하다고 느껴서, 너무 바빠서, 시간을 내지 못해서, 의사를 좋아하지 않아서, 병원에 가지 않기로 결정해서)’, ‘장애물(이 지역에서는 이용할 수 없어서, 어디를 가야할지 몰라서, 비용 때문에, 교통문제 때문에, 언어적 문제로, 개인/가족에 대한 책임 때문에, 건강 문제로 집 밖에 나가기 어려워서, 의사가 그 문제를 두고 의료가 필요 없다고 해서)’, ‘대기시간(필요할 때 이용할 수 없어서, 대기시간이 너무 길어서)’ 라고 구분하여 분석했다. CCHS(Canadian Community Health Survey)와 NPHS(National Population Health Survey) 조사에도 미충족의료 문항이 포함되었는데 거의 비슷하게 구성

되었다(Marshall, 2011; Setia et al., 2011). 이와 같이 국내외의 미충족의료 정량적 측정문항의 구조(미충족 여부와 이유)와 항목의 구성이 유사한 것을 알 수 있다. 선택지의 구성은 대표적으로 ‘개인과 가족에 대한 책임 때문에’와 ‘내가 불충분하다고 느껴서’나 ‘의사가 필요없다고 해서’와 같은 문항 정도가 차이가 났다. 선택지의 분류에는 접근성의 세 요소를 주로 이용하였다.

국내외 측정도구 공통으로 우선 첫 번째 항목에서는 미충족의료를 개인이 인지한 의료필요(perceived need)에 대해 의료를 이용하지 못한 것(미이용)으로 정의하였다. 이 지표를 사용한 많은 연구들을 비판적 시각에서 볼 때 여기서 개인이 인지한 의료필요는 전통적 의미의 ‘욕구(want=perceived need)’이지만 잠정적으로 ‘필요(need=normative need)’를 대리하는 것으로 인식하고 해석하는 것으로 보인다. ‘필요’를 벗어나는 ‘욕구’가 측정되었을 가능성은 의미 있는 현상이라기보다는 오차가 되어 ‘사용하기는 편리하지만 객관적인 지표에 비하면 다소 부정확한’ 지표가 되는 것이다. 그러나 의료필요와 미충족의료를 이용자 중심의 관점에서 본다면 이는 오차가 아니라 중요한 현상을 드러내주는 정보가 된다. 그런 의미에서 기존 문항에서 ‘병원에 가고 싶을 때/의사의 상담이나 치료가 필요할 때’ 그것의 달성 여부로만 지칭한 의료필요의 더 다양한 상황에 대해 어떤 차원의 의료필요가 어떻게 충족되지 못했는지를 측정할 수 있어야 한다.

두 번째 항목에서는 미충족의료가 발생한 원인으로 가장 큰 이유를 측정하여 그 기제를 일부 설명할 수 있다. 이 부분에서도 기존 지표는 다소 한계가 있는 것으로 보인다. 미충족의료가 발생하는 데에는 단순히 개인의 문제 때문만이 아니라 공급자와의 상호작용, 제도적 요인, 나아가 사회 규범적 요인까지도 작용할 수 있는데, 지금의 선택지는 개인을 중심으로 한 이유에 집중되어 있다. 선택지에 포함되지 못했지만 실제로는 작동하는 다른 이유가 더 있다면 포함된 이유만으로 현실을 설명하게 됨으로써 특정 이유를 과잉대표하고 배제된 이유를 간과할 위험도 있다. 기제를 파악하는 것은 문제에 개입할 수 있는 지점을 파악하고 개입방법

을 계획하며 평가하기 위해 필요하다. 기제에 대해 전체적 시각으로 접근하지 않고 개인의 이유로만 집중하게 될 때, 실제 발생 기제에 대해 잘 파악하기 어려울 뿐 아니라 개입방법을 찾는 데에도 어려움이 생기게 된다. 예컨대 개인이 시간이 없다는 문제가 미충족의료의 이유로 큰 비중을 차지한다면 개인의 시간을 늘려주기 위한 개입을 계획하기란 쉽지 않다. 그보다는 시간이 모자라게 된 다른 여건(직장, 가족, 의료기관까지의 거리와 분포, 교통수단의 미흡함 등)과 중간단계의 경로를 더 밝히고 드러낼 수 있어야 구체적인 개입지점을 파악하고 개입을 시도해볼 수 있을 것이다.

정리하면, 이렇게 국내에서도 초기에 다양한 측정 방법이 시도되었지만 국내외에서 사용하는 미충족의료의 측정방법은 유사하게 정착되었고, 사회의 특성에 따라 선택지의 유형만 조금씩 다른 정도의 형태가 되었다. 일부 연구는 개념에 관한 검토를 하거나 가끔 문제를 제기하기도 했지만 훨씬 더 많은 수의 연구가 비판적 관점 없이 기존의 도구를 사용했다. 그렇다면 의료필요는 ‘병의원에 가는 것, 의사의 도움을 받는 것, 진료나 검사’로 정의되고 미충족의료는 이를 충족하지 못한 ‘가지 못한 것, 의사의 도움을 받지 못한 것, 진료나 검사를 받지 못한 것’으로 정의된다. 앞서 검토한 의료필요의 개념과 미충족의료 개념과 비교할 때 많은 영역이 제외되고 의료 전문가적 관점만 남아있는 셈이다. 환자 중심의 의료 접근성 모델을 개발한 Levesque와 동료들은 개념을 제시한 것에서 연구를 멈추지 않고 각 의료단계에 영향을 미치는 이용자와 제공자의 요인을 측정하는 도구를 맥락에 따라 개발하는 작업을 진행하고 있다(Haggerty et al., 2014; Haggerty & Levesque, 2015). 미충족의료에 대해서도 개념과 기제를 재정립한다면 이를 기반으로 다양한 상황과 맥락에 맞는 도구를 개발하는 지속적인 작업이 필요할 것이다.

3. 이용자 중심의 보건의료 측정도구

1) 환자만족도 조사, 환자 경험평가, 미충족의료

이 연구에서 이용자 중심의 관점을 채택한 것과 의료필요에 대한 충족여부를 당사자에게 주관적 방식으로 측정한다는 점에서 기존에 이미 사용 중인 환자만족도 조사나 환자 경험평가와 어떻게 다른지에 대한 의문이 제기될 수 있다. 여기서는 환자만족도 조사, 환자경험평가와 본 연구에서 개발하고자 하는 미충족의료 측정도구가 어떤 점에서 비슷하고 다른지를 검토하고자 한다.

환자만족도 조사는 국외에서 이미 1970년대부터 시작된 것에 비하면 다소 늦지만 국내에서도 이미 10년 전부터 많은 병원에서 시행되어 왔다. 그러나 최근에는 환자만족도 조사의 평가 유용성에 대한 문제제기와 함께 이를 개선하는 차원에서 환자경험평가가 등장했다. 만족도 조사가 서비스 마케팅 차원에서 고객만족을 핵심 가치로 하는 것이라면 환자경험평가는 의료체계의 환자중심성(patient-centered)을 강조하고 반응하려는(responsiveness) 평가의 일환이라고 할 수 있다(신정우, 2017). 국내에서는 2017년도에 들어서면서 보건복지부, 건강보험심사평가원에서 의료서비스 이용경험을 조사하기 시작했다.

환자만족도 조사의 단점으로 지적된 내용을 종합하면 첫째, 평가의 주관성 문제로 환자의 질병 상태, 인식과 성향에 따라 결과에 영향을 받는다. 둘째, 환자경험 외에도 치료 결과, 환경요인 등 다른 외부 요인이 영향을 줄 수 있다. 셋째, 의사-환자의 권력관계에 따라 만족 수준 응답에 영향을 받을 수 있다. 넷째, 객관화가 어렵고 병원 간에 비교할 수 없다. 다섯째, 구체적인 문제 영역을 파악하기 어려워 그에 기반한 실행 계획과 질 향상 전략을 제시하지 못한다. 여섯째, 어떤 요소가 만족도 조사에 포함되어야 하는지가 불분명하다. 일곱째, 다른 영역에 비해 점수가 전반적으로 높게 나와 천장효과가 발생하는 경향이 있다(Cleary 1998; 2016; Coulter et al., 2009; 도영경 외, 2017; 신정우 외, 2017).

환자경험평가는 만족 여부를 묻는 것이 아니라 ‘객관적 경험’을 물음으로써 서비스 질을 평가한다. 예를 들어 환자만족도 조사에서는 간호사

의 돌봄에 얼마나 만족했는지를 묻는다면, 환자경험평가에서는 간호사가 투약이나 처치 전 그에 대한 이유를 설명해 주었는지, 병원 생활에 대해 알기 쉽게 설명해 주었는지, 존중하고 예의를 갖추어 대했는지와 같은 경험을 확인한다. 환자경험 접근법은 의료의 질과 직접 관련되는 대인적, 환경적 요소의 항목을 포함하며, 이를 최적의 최저선(optimal minimum)에서 추출한다. 건강보험심사평가원에서 2017년도에 시행한 환자경험평가의 평가영역은 의사 서비스, 간호사 서비스, 투약 및 치료과정, 병원환경, 환자권리보장, 전반적 평가이다(서소영, 2017). 환자 만족도조사에 비하면 좁은 의미의 의료적 성격이 강한 문항들로 구성된다. 이러한 특성은 국가 체계로서 최소수준의 질을 보장하려는 목표와 잘 부합하기도 한다(도영경, 2017).

환자경험평가는 환자만족도 조사의 단점을 보완하는 차원에서 도입된 만큼 환자만족도 조사의 단점으로 지적된 부분들이 상대적으로 보완되었다. 상대적으로 객관적인 경험을 기준으로 평가하기 때문에 응답 내용의 주관성이 완화되는 점, 문항 이해도가 환자 만족도에 비해 높다는 점, 무엇보다 구체적인 서비스 요소별로 평가를 하기 때문에 문제 영역을 구체적으로 파악할 수 있고, 이를 기반으로 질 향상 계획을 세우고 평가하는데에 효과적이다(Coulter et al., 2009). 그럼에도 불구하고 환자경험평가는 상당히 의료적인 과정들을 평가하도록 구성되어 있어 전반적인 포괄적 평가나 의료 외적인 영역에 대한 평가가 어렵다. 같은 맥락에서 환자가 직접 평가하는 경험평가임에도 불구하고 여전히 전문가 관점과 온정주의를 벗어나기 어렵다.

이 연구에서 개발하려는 미충족의료 지표는 환자만족도조사와 환자경험평가가 관련되어 있는 것에 비하면 다른 선상에서 출발한다. 두 조사는 주로 병원에서 이루어지는 의료의 질 평가를 위해 사용되지만 미충족의료 지표는 보건의료체계가 목표를 잘 달성하고 있는지의 성과를 보기 위한 지표로 사용된다. 두 조사는 환자가 이미 경험한 의료서비스에 대해 평가하는 반면 미충족의료 지표는 의료서비스를 이용하기 전 의료필요를 인식한 후 병의원을 찾아가는 단계에서부터 측정하기 때문에 측정

의 영역 자체가 다르다. 범위에 대해서도 환자경험평가가 의료적 과정을 강조한다면 미충족의료는 비의료적 필요라도 배제하지 않으며, 공급자와의 상호작용뿐 아니라 의료이용에 영향을 미치는 사회적, 규범적, 제도적 차원에서의 상호작용까지 반영한다는 점에서 차이가 있다. 또한, 문항을 설계하는 방식에 따라 구체적인거나 포괄적인 측정이 가능하다. 환자만족도 조사의 단점이자 환자경험평가의 장점인 구체적인 문제영역 파악과 이를 기반으로 한 평가는 미충족의료 지표에서도 가능하다. 오히려 구체적인 미충족의료 경험 상황과 단계를 확인한 후 그 이유를 확인할 수 있기 때문에 문제 여부뿐 아니라 기제에 대해서도 파악할 수 있다는 점에서 추가적인 장점이 있다. 무엇보다도 미충족의료 측정은 ‘나의 의료필요가 해결되었는가?’를 측정하도록 설계되기 때문에 주어진 서비스에 대한 만족 여부 또는 최저선의 요소를 어떻게 경험했는지의 방식과는 또 다른 판단 기준이 작동할 것이기에 해석과 적용이 다르게 된다.

미충족의료 지표는 환자경험평가가 극복하고자 했던 응답의 주관성 문제에서 환자만족도조사처럼 자유롭지 못하다. 그러나 이 영역을 객관화 하고자 하면 환자경험평가와 같이 충족이 필요한 최소선을 지정하고 무엇이 필요한 것인지에 대해 전문가나 정책가 관점에서 접근해야 한다. 즉, 이용자 중심 관점을 강조하는 것과 주관성 문제는 뗄 수 없는 셈이다. 대신 주관적 측정도구가 지닌 단점과 한계를 인식하고 보완할 수 있는 방법을 마련하는 노력이 필요하다. 양적 측정으로 반영할 수 없거나 편향이 예상되는 영역은 정성적 측정을 통해 보완하는 방법도 가능할 것이다.

2) 주관적 측정도구에 대한 이해

미충족의료 지표는 의료이용에 대한 주관적 측정도구이다. 주관적 응답으로 얻을 수 있는 고유의 정보가 있는 대신 응답의 주관성 문제에서 자유롭지 못하다. 보건학 분야에서 자주 쓰이고 있는 다른 주관적 측정도구로는 삶의 질(quality of life)이나 주관적 건강(self-rated health)이

대표적이다. 이들 지표에 대해서는 역사가 오래 된 만큼 타당도나 신뢰도에 관한 연구가 많이 수행되었고 많은 연구에서 주요 변수로 활용하고 있다. 주관적 측정도구는 겉으로 드러나는 것으로는 알 수 없는 개인의 인식과 판단을 알 수 있다. 또한 주관적 건강수준이나 삶의 질과 같이 종합적으로 판단하기 위해서는 아주 많은 종류의 자료가 필요할 때, 또는 객관적 측정의 자료가 충분하지 않을 때, 당사자가 인식하는 정도를 평가함으로써 간단하게 측정할 수 있다는 장점이 있다. 단점은 문항에 응답하기 위해서 여러 상황에 대한 판단과 인지과정이 필요한 측정지표의 경우, 각각의 경로에서 개인마다 다양성이 교차할 수 있으므로 해석이나 비교가 어려워질 수 있다는 것이다. Diener(2009)는 자가보고 설문에 응답하는 개인은 질문을 해석하고 기억을 훑어 정보를 검색하고 그 정보로부터 질문에 대답할 수 있는 형태를 계산해내기 때문에 일련의 과정에 상황적 요인의 영향을 받는다고 설명했다. 자가보고 설문 응답의 인지적 과정에 영향을 줄 수 있는 요인으로 기억, 정동(mood), 척도화, 의사소통 효과 등이 있는데, 질문을 어떻게 만들고 구성하느냐에 따라 각 요인이 미치는 효과를 조절할 수 있다. 예를 들어 긍정적 기분의 감정 강도는 과대추정하지만 빈도는 과소추정하는 경향이 있고, 불쾌한 감정에 대한 기억으로 빈도는 비교적 정확히 추정하지만 강도의 추정은 매우 부정확했다(Thomas and Diener, 1990). 응답 당시의 정동 상태에 따라서 현재의 삶의 질 응답에 영향을 받게 되며, 사고나 가까운 사람을 잃은 경험도 관련된 문제의 응답에 영향을 미칠 수 있다. 그러므로 기억 효과를 조절하기 위해 먼저 관련된 경험에 대해 되돌아보도록 유도함으로써 현재의 효과를 완화하거나, 일정 기간 매일의 일상을 기준으로 평가하도록 하여 회상 편이를 줄일 수도 있다. 인터뷰의 상황과 그 이전의 질문 내용에 의해 영향을 받을 수도 있어서 질문의 순서나 구성에도 주의 기울여야 한다(Strack et al., 1991). 그 외에도 대면측정의 경우 의사소통 과정에서 발생하는 정동의 특성에 따라서도 응답에 차이가 날 수 있다. 측정하려는 개념에 대한 사회적 바람직함(social desirability)의 규범이 있는 경우 해당 사회의 규범 특성에 따라 사회적으로 바람직한 쪽

으로 응답하게 될 가능성도 있다. 예를 들어 사람들이 익명일 때보다 대면해서 응답하는 상황에서 더 바람직한 상태로 여겨지는 행복함을 더 많이 응답한다는 연구결과도 있다(Fujita et al., 1993). 이와 같은 연구 결과는 단순히 주관적 측정도구가 부정확하므로 지양되어야 한다는 것 보다는 측정도구를 개발하고 측정하고 해석하는 차원에서 더 주의 깊게 살펴보고 고려할 것을 요구한다.

아직 미충족의료에 대한 주관적 응답의 타당성에 대해서는 주관적 안녕(subjective well-being)이나 주관적 건강(self-rated health)과 같이 다양한 연구방법을 통해 뒷받침할 수 있는 수준이 아니다. 주관적 응답이 가질 수 있는 편향에 대해 상세히 이해하고 설문을 구성하며 해석할 뿐 아니라 향후 이를 여러 인구집단과 연구방법을 적용함으로써 다양한 맥락에서 타당성을 입증하는 것이 뒤따라야 할 것이다.

제3장 미충족의료 개념과 구성요소의 질적 분석

제1절 연구 방법

1. 자료 수집

미충족의료 측정도구의 개발에서 핵심이 되는 자료는 일반인 인터뷰에서 수집하는 것을 기본 원칙으로 하였다. 기본 형태는 초점집단(focus group)을 구성하는 것으로 하였는데 그 이유는 다음과 같다. 첫째, 비슷한 상황에 놓인 사람들로 구성함으로써 서로의 의료이용 경험을 나누는 과정에서 본인의 경험 회상과 공유를 더 원활하게 할 수 있다. 둘째, 같은 의료경험이라도 사람에 따라 다르게 이해하고 판단할 수 있다는 점에서 개인 면담보다는 같은 경험에서 서로 다르게 판단하는 상황을 통해 인식 과정에 대한 단초를 얻을 가능성이 높고 집단 내에서 형성되는 사회적 준거와 일탈사례를 관찰할 수 있다. 셋째, 본 연구는 특정 상황과 조건에 국한하지 않은 일반적 개념을 분석하기 위한 목적이 있어 같은 특성을 지닌 집단 내에서(예를 들면 거주 지역) 가능한 다양한 경험사례를 수집하고자 하였다. 또한 군 지역에서는 개인 면담자를 추가로 모집하여 심층면담을 하였다. 군 지역은 의료 자원이 도시에 비해 부족하여 의료기관까지의 거리가 일반적으로 멀고 교통을 포함한 사회적 인프라가 취약하며 대부분 농사를 짓는 경우 시간적 여유도 부족한 경우가 많다. 여러 측면에서 미충족의료의 경험이 있을 가능성이 높고 그 과정이 복잡할 것이므로 더 상세한 자료를 얻을 수 있을 것으로 예상하였다.

1) 면담 대상자의 선정 기준과 집단 특성

초점집단은 의료이용에서 비슷한 특성을 가진 참여자로 구성하기 위해 사회경제적 수준, 연령대, 거주지를 구분하여 비슷한 의료이용 상황에 놓인 집단을 구성하려고 하였다(표 3). 성별은 각 집단에서 가급적 비슷한 비율로 구성하려고 하였지만 당일 갑자기 참석을 취소하는 등의 사정이 생겨 일부 집단에서는 특정한 성별의 비중이 더 높은 경우도 있었다. 사회경제적 수준은 월평균 소득 200만 원 이하와 600만 원 이상으로 구분하였고 이는 소득 10분위 기준과 비교하면 2분위 이하와 8분위 이상의 기준과 유사하다. 연령대는 제도적 차원의 기준보다 의료이용에 관련된 여러 자원에 영향을 줄 수 있는 경제활동 참여율을 기준으로 참여율이 감소하기 시작하는 60세를 기준으로 삼았다. 거주지는 의료접근성을 고려하여 서울, 광역시, 군(읍면) 지역을 구분하였는데, 서울은 권역에 따라 특성이 매우 다르므로 강남과 강북/서남지역을 구분하였다. 군 지역은 지역 내 의료기관 자체충족율이 평균 미만인 지역 중에서 선정하였다(박수경 외, 2011). 초점집단은 가장 적절한 수로 알려진 5-8명으로 구성하였다. 인터뷰 대상자 모집은 한국소비자평가연구원에 위탁하여 진행하였다.

최종적으로 도시에서 열 개의 초점집단을, 읍면 지역에서 네 명의 개인 면담 참여자를 모집하였다.

표 3. 면담 대상자 선정 기준

구분	사회경제적 수준 상	사회경제적 수준 하
연령 상	도시 3집단 (강남, 서남/강북, 광역시)	도시 3집단 (강남, 서남/강북, 광역시) 읍면 1명 (전북 군지역)
연령 하	도시 2집단 (강남, 경기도 일반 시) 읍면 2명 (전북, 충남의 군지역)	도시 2집단 (서남/강북, 경기도 일반 시) 읍면 1명 (충남 군지역)

2) 자료수집 일정

인터뷰는 2017년 6월 16일부터 6월 27일까지 진행되었다.

3) 인터뷰 진행 과정

모든 인터뷰에 두 명의 인터뷰어가 참여하여 각각 주 진행과 보조 진행을 맡았다. 인터뷰 질문은 반구조화 형태로 면담의 주제와 주요 질문 내용은 의료이용 경험과 미충족 경험을 개방질문으로 물은 후 필요시 의료이용의 단계와 영역별 세부질문을 추가하였다. 인터뷰를 시작하기 전에 일부 의료에 대한 인식과 필요, 경험을 묻는 사전질문지를 배포하여 인터뷰 진행에 필요한 배경지식으로 활용하였다. 사전질문지에 응답한 내용은 이후 녹취 전사록을 분석할 때도 해석을 위한 자료로 활용하였다. 면담 내용은 참여자의 동의하에 모두 녹음되었고 면담 직후 진행자와 보조진행자가 디브리핑 후 각자 현장노트를 작성했다. 사전 질문과 인터뷰 질문 내용은 다음과 같다.

(1) 사전 조사질문

- 선생님께서는 주변의 다른 사람들과 비교할 때 같은 증상을 두고 병의원에 더 잘 가는 편이십니까, 가지 않는 편이십니까?
- 선생님께서는 평소 의료 또는 의사에 대해 어느 정도로 신뢰하고 계십니까?
- 선생님의 현재 직업(또는 하루 중 가장 많은 시간을 보내는 일)은 무엇입니까?
- 지금까지 살아오면서 선생님의 삶에 큰 영향을 미쳤던 사건을 경험한 적이 있으십니까(예: 어린 시절의 특정 환경이나 사건, 가까운 사람의 사고, 상해, 사망, 실직, 결혼/이혼/사별, 출산 등)?
- 현재 꾸준히 치료받고 계신 질환이 있으십니까? 있다면 무엇입니까?
- 현재 치료받고 있지는 않지만 신경이 쓰이는 신체적, 정신적 불편함이 있으십니까? 있다면 무엇입니까?

(2) 초점집단 논의 주제와 주요 질문

- 지금까지 본인이나 가까운 가족이 아파서 병원에 갔던 경험, 보호자로 돌보았던 경험이 있다면 자유롭게 말씀해주시기 바랍니다.
- 처음에 증상을 인식하고 언제 병원에 가야겠다고 생각하셨습니까? 왜 필요하다고 생각했습니까?
- 바로 가지 않고 기다렸다면 그 사이에 취했던 행동은 무엇입니까? 왜 그렇게 하셨습니까?
- 병의원을 찾아가는 과정에서 어려움이 있거나 불만스러운 점이 있었던 경험이 있습니까? 왜 그렇게 느꼈습니까? 어떤 조건이 장애물이 되었습니까? 어떤 조건이 있었으면 더 나았을 것이라고 생각하십니까?
- 병의원에 도착하여 검사나 치료를 받는 동안 불만스럽거나 아쉬웠던 점이 있으셨습니까? 어떤 조건이 그런 경험을 하게 했다고 생각하십니까? 처음에 방문했던 기대를 완전히 충족하기 위해서는 어떤 것이 더 필요했을 것이라고 생각하십니까?
- 치료 결과 가지고 있었던 필요가 모두 충분히 채워졌다고 생각하십니까? 그렇지 않았던 부분이 있었다면 왜, 어떤 상황이나 조건 때문이라고 생각하십니까?
- (기존 미충족의료 문항 질문/비교를 위한) 지난 1년 간 의사의 진료 또는 검사를 받기 위해 병의원에 가야겠다고 생각했지만 가지 못했던 적이 있으신가요?

4) 인터뷰 녹취파일 전사와 검수

녹취록의 1차 전사는 일부는 직접 진행하고 일부는 외부에 위탁하였다. 인터뷰에 직접 참여한 진행자와 보조진행자가 모든 전사록을 검수하는 과정을 거쳤다.

2. 자료 분석

1) 분석 방법

본 연구의 자료 분석 방법은 여러 질적 자료 분석 방법 중에서 프레임워크 분석(-framework analysis)을 활용하였다. 프레임워크 분석 접근법은 1980년대에 국립 사회정책 센터(National Centre for Social Research)에 소속된 사회정책 연구자들이 질적 자료를 다루고 분석해 정책연구에 적용할 목적으로 개발한 것이다. 연구자들은 체계적인 절차를 따라 연구 질문을 중심으로 자료를 다루고 내용을 구조화함으로써 체계화된 과정을 통해 자료를 깊게 탐색하는 동시에 효과성과 투명성을 유지할 수 있다(Smith & Firth, 2011). 프레임워크 방법은 특정 종류의 현상학적, 철학적, 이론적 접근과 같은 층위는 아니며, 그보다는 테마를 도출하고자 하는 여러 질적 접근법에서 적용할 수 있는 보다 유연한 도구가깝다. 분석 과정은 자료의 전사, 익숙해지기, 코딩, 분석 프레임 개발과 적용, 프레임워크 매트릭스에 차팅(charting)하기, 자료 해석하기의 단계를 거친다(Gale et al., 2013).

본 연구에서 프레임워크 접근을 선택한 가장 큰 이유는 테마를 선택하는 방식이 연역적 접근과 귀납적 접근을 모두 적용하기 때문이다. 이는 기존의 문헌이나 이론, 특정 연구 질문에 따라 이미 선택된 테마와 코드에 그치지 않고 기대하지 않은 다른 것을 발견할 공간을 남겨둔다. 이런 면에서 사전 프레임에 맞추어 연역적 방식으로만 분석하는 것과는 명확한 차이가 있다. 개념과 구성요소를 분석하는 작업에서 이론적 검토와 사전 연구로 도출된 기본 프레임을 고려하지 않고 분석할 수 없으므로 반드시 새로운 이론을 만들어내는 것은 아니지만, 매트릭스를 구축하여 자료를 검토하며 지속적으로 기존 이론과 새로운 자료로부터의 발견을 비교하고 수정해나갈 수 있다. 프레임워크 분석에서 특수한 과정은 사례(case)인 행과 코드(analytic framework)인 열로 구성된 스프레드 시트에 자료를 요약해서 넣는 차팅 작업이다. 이를 통해 테마 기반 접근과

사례 기반 접근을 교차하여 구축한 분석프레임과 개별 사례 간의 반복적인 비교 검토가 가능하다(Gale et al., 2013).

본 연구는 프레임워크 분석방법에서 제시한 것과 같이 연역적 접근과 귀납적 접근을 동시에 활용했다. 연역적 접근은 의료이용의 이용자 관점의 분석을 시도한 사전 연구 결과로부터 시작했다(김동진 외, 2016). 사전 연구는 의료필요와 의료이용 단계에 관한 분석이 주제였기 때문에 미충족의료 경험에 대한 부분보다는 그 기본이 되는 의료이용 단계와 의료필요에 대한 프레임까지만 도출된 바 있다. 본 연구에서는 기존의 프레임의 염두에 두고 코드북의 틀을 마련하였으나, 미충족의료에 초점을 맞춘 질적 자료를 수집하여 귀납적으로 새로이 분석함으로써 기존의 틀과는 독립적으로 개방코딩(open coding)을 수행하였다. 그 결과 미충족의료의 개념과 구성요소(이유와 요인)에 대한 새로운 코드를 추출하여 프레임을 상당히 진전시킬 수 있었다.

2) 분석 과정

연구자는 10개의 초점집단과 4명의 면담 자료의 녹취록을 여러 번 읽으며 일반 이용자가 미충족医료를 경험하는 상황, 이유, 그리고 그에 관한 개인, 사회적 조건을 포함한 전체 맥락을 염두에 두고 관련된 의미단위를 찾아 개방코딩을 수행했다.

사전 연구에서 도출된 의료필요와 의료이용 단계에 관한 틀을 가지고 기본 코드북의 형태를 잡았다(표 4). 사전 연구에서는 주로 의료필요와 의료이용의 단계가 중점적으로 분석되어 의료필요에 영역이 있고 의료필요의 정도에 따라 미충족 경험이 다를 수 있다는 점과 의료이용의 단계가 있음을 밝혔다. 미충족의료의 경험 부분은 그 유형이 다양하다는 것을 단서를 얻었지만 특히 기제에 대해서는 본격적으로 이에 관한 자료를 수집하거나 분석하지는 못한 상태였다.

표 4 의료필요와 미충족의료에 대한 초기 틀

주제	범주	코드
의료필요 인식과 이용	의료 필요의 영역	신체적 필요
		심리-정신적 필요
		규범적 필요
	의료필요의 개인/사회적 준거	생명과 생활에 필수적
		삶의 질과 예방
		선택적
	의료이용의 단계	필요 인지
		의료 찾기/ 선택/ 도달
		의료 이용 중
		의료 이용 결과
미충족의료 경험	미충족의료 경험의 유형	필요 미인지
		이용 지연
		이용 부족
		과소 이용
		이용 포기
		이용했으나 불만족
	미충족 결과	객관적인 문제 악화
		주관적인 기대의 미충족

기존의 틀을 가지고 시작하였지만 귀납적 접근을 통해 오로지 녹취록에서 참여자들이 풀어내는 이야기에 초점을 맞추어 코드 단위부터 개방코딩을 수행했다. 결과적으로 코드의 도출에서 연역과 귀납의 이중적 접근을 반복적으로 오가며 최종 코드북을 완성하는 작업을 진행했다. 그 과정으로 인터뷰에 참여했던 동료 연구자 1인과 초기 프레임을 공유하고 코드 도출에서 주관적 편향을 방지하기 위한 비교 검토를 수행했다. 1차로 초점집단 중 한 개의 집단을 각자 분석하여 비교했을 때는 아직 코드북이 성숙되기 전이고, 코드를 도출하는 의미단위에 대한 이해가 서로 달라 누락된 코드나 다르게 코딩한 내용이 많았다. 이에 서로의 코드 작업노트를 맞추어보며 누락된 부분을 검토하여 추가하고, 의견이 다른 부분은 논의를 통해 일치/불일치를 결정하였다. 1차 검토 작업을 기반으로 다른 초점집단의 녹취록을 각자 분석하여 동일한 방식으로 추가 검토하는 작업이 필요함을 동의하고 연구자가 1차 분석 중 보완한 코드북을 공

유하였다. 2차 비교 검토를 했을 때는 90% 이상 코딩한 단위가 일치하였고 상호 누락된 코딩이 각각 22개와 10개였다. 누락된 코딩을 합한 코드에서 초기 일치율은 204개 중 불일치 15개로 92.6% 였으나 논의 후 98.5%가 일치하였다. 일치하지 못한 코드는 3개였는데 이 부분은 연구자의 주관으로 결정하였다. 일련의 과정을 거쳐 코딩 작업의 객관성을 일정 정도 확보한 것으로 보고 나머지 녹취록은 연구자가 코딩을 진행하면서 코드북을 완성하였다. 자료 자체에서는 더 많은 주제와 범주를 정리할 수 있었지만 연구의 목적에 따라 미충족의료의 개념과 구성요소에 초점을 맞추어 최종적으로 정리한 주제, 범주, 하위범주는 <표 5>와 같이 도출되었다. ‘미충족의료에 대한 반응’이라는 주제는 개념 안에 포함되기는 어렵지만 미충족医료를 개인적으로는 어떻게 대응할 것인지의 차원에서 미충족의료의 완화와 관련한 중요한 역할을 하므로 결과 제시에 포함하였다. 하위 범주에 따른 코드는 결과 부분에 제시하였다.

표 5 미충족의료 개념과 구성요소의 분석 결과(코드 생략)

주제	범주	하위 범주
미충족의료 경험의 개념적 특성	미충족의료 경험의 유형	이용지연
		미이용
		이용 과정의 미충족
		이용 후의 미충족
		과거의 미충족 인지
		상태로서의 미충족
	의료이용의 단계에 따른 미충족 경험	의료 찾기/선택/도달
		의료이용 중
		의료이용 후
	미충족의료의 다영역성	기본적 필요의 미충족
		정신, 심리적 필요의 미충족
		규범적 필요의 미충족
미충족의료에 대한 반응	미충족의료 경험의 극복과 중단	의료필요의 중요도에 따른 차이
	미충족의료 경험에 대한 대응 방식	직접적 문제 제기
		간접적 대응
		문제제기나 대응 없음

미충족의료의 경험과 판단에 영향을 미치는 요인	직접 문제제기 하지 않는 이유	불이익 우려
		의사-환자의 권력차이
		주변에 대한 눈치
		해결 불가에 대한 인식
	개인적 요인	개인의 자원
		건강과 의료에 대한 기존의 인식/태도/ 판단기준
	사회적 규범과 문화 요인	노동자의 규범
		젠더 규범
	의료 전달체계의 부재	환자가 상급의료기관으로 몰림
		의료기관 이용에 제한 없음 환자가 신뢰할 수 있는 일차의료 단계의 부재
	정보제공 부족	의료 이용에 필요한 신뢰할 만한 정보의 부족
	제도적	비급여 항목의 부담
		공공/민간 의료보험의 혜택
		보험제도의 규제
	요인	의료필요에 부응할 수 있는 기관 부재
		휴일과 야간 진료 기관 부족
	의료자원의 분포	지역의료기관의 역할 부족
		지방 거주민의 지역 의료기관 질에 대한 불신
	의료기관의 질 문제	의료기관 간 질의 차이로 인한 불신
	의료기관 간 연계의 부족	의료기관 간 검사결과에 대한 불신

코드북이 어느 정도 완성된 후에는, 코드와 사례(이 연구에서는 초점 집단)를 행과 열에 각각 배치하여 차팅한 프레임워크를 구성하고 반복적 비교분석 과정을 추가로 수행하였다. 이 과정에서 초점집단이라는 사례의 복잡성으로 인해 의료필요의 심각도를 기준으로 세부 분류하여 사례와 코드를 오가며 분석하는 작업을 수행했다.

3) 연구 결과의 신뢰도와 타당도 확보

본 연구는 결과의 신뢰도와 타당도를 확보하기 위해 동료 연구자 1인과 지속적으로 분석 과정과 결과를 순환하고 비교함으로써 비판적으로 검토하는 과정을 거쳤다. 또한 질적 연구를 오랫동안 수행한 보건학 교수 1인의 감사를 받음으로써 1인 연구자의 주관적 해석에 치우치지 않도록 노력하였다. 연구자는 초점 집단 안에서도 상반된 사례와 특수한 사례를 제시하여 연구 결과의 신뢰도를 높이려고 노력하였다. 사전질문 응답지를 통해 인식의 편향을 보완하고자 하였고, 추후 양적 연구 결과와의 통합을 통해 삼각검증을 수행하였다.

초점집단 논의와 면담을 진행하고 자료를 분석한 연구자는 의학과 보건학을 전공한 여성으로 의학적 관점을 가능한 배제하고 이용자의 관점에서 해석하려고 노력하였다. 한편, 건강과 의료의 불평등이 연구자의 관심 분야이므로 이에 대한 해석이 강조되었을 가능성이 높다.

제2절 연구 결과

1. 연구 참여자의 일반적 특성

초점집단과 개인 심층면담에는 모두 조사업체를 통해 모집된 일반인이 참여하였다. 초점집단은 연령대, 경제적 수준, 거주 지역에 따라 구성되었고 개인 면담은 군 단위 거주자를 대상으로 이루어졌다. 인터뷰의 목적은 일반인의 의료이용 경험을 통해 의료필요와 미충족의료의 인식, 유형, 기제를 확인하는 것이었다. 초점집단에서는 가급적 많은 경험을 듣고 집단 간, 집단 내 준거를 통한 경험의 비교를 기대하였으며, 개별 면담에서는 심층적 기제에 대해 파악하는 데에 더 비중을 두었다.

참여한 초점집단과 개인의 일반적 특성은 <표 6>과 같다. 남성이 27명, 여성이 42명으로 총 69명이 초점집단과 개인 인터뷰에 참여했다. 초점집단의 경우 집단 내 참여자의 구성과 구성원의 특성에 따라 논의의

흐름이 달라지기도 했다. 본래 성별을 균형 있게 맞추려고 계획하였지만 갑작스러운 취소나 변경 등으로 인해 집단 4와 집단 8은 남성이 한 명밖에 배치되지 않아 이 집단의 논의에서 남성 참여자가 충분히 의견을 제시하지 못했을 가능성이 있다. 진행자가 가급적 골고루 발언할 수 있도록 기회를 제공했으나 집단 내에서 한 명 정도는 논의에 활발하게 참여하지 못하는 모습은 종종 볼 수 있었다. 집단 3에서는 한 남성 참여자의 발언량이 다른 참여자에 비해 많은 편이었고 집단 6에서는 여성 참여자 한명과 남성 참여자 한명의 의견 제시가 다른 참여자에 비해 많은 편이었으나 분위기를 이끌어가지는 않았다. 집단 9에서는 한 남성 참여자의 발언이 월등히 높았고 보건정책과 관련한 과거의 경험을 가지고 있어 집단 내 전반적인 분위기를 이끄는 모습을 보였다. 집단 5의 한 여성 참여자는 전직 간호사였으나 처음에는 이를 밝히지 않았다가 논의의 후반부에 이 사실이 집단 내에 밝혀진 이후 과거의 업무 경험을 들어 의견을 제시하는 경향을 보였다.

표 6. 면담 참여자의 집단/개인별 구성과 특성

구분	사회경제적 수준 상			사회경제적 수준 하		
	그룹명	성별구성	연령구 성	그룹명	성별구 성	연령구성
연령 상	집단 1	여4, 남3	60-71세	집단 2	여5, 남2	63-73세
	서울 강남권			서울 강남권		
	집단 4	여4, 남1	60-79세	집단 5	여6, 남2	61-73세
	광역시			광역시		
	집단 10	여5, 남2	63-79세	집단 9	여2, 남4	63-66세
	서울 강북/서남권			서울 강북/서남권		
					개인 2	남
		전북 군지역				
	개인 4	여	61세			
	충남 군지역					
연령 하	집단 3	여3, 남4	31-54세	집단 6	여3, 남4	31-49세
	서울 강남권			서울 강북/서남권		
	집단 7	여2, 남3	35-59세	집단 8	여5, 남1	35-59세
	경기 일반 시			경기 일반 시		
	개인 1	여	53세	개인 3	여	52세

	전북 군지역			충남 군지역		
--	--------	--	--	--------	--	--

2. 인터뷰 분석 결과

1) 미충족의료의 개념

(1) 의료필요 충족의 연속성 속에 발생하는 미충족

<표 7>은 미충족의료의 개념에 대한 코드와 범주를 분석한 결과이다. 미충족의료 경험은 의료이용 단계 속에서 여러 유형으로 나타나고 의료 필요에 따라 다른 반응을 나타내기도 한다.

표 7. 미충족의료 개념의 분석 코드와 범주(1)

범주		코드
미충족의료 경험의 유형	이용지연	이용 지연으로 상태가 악화됨
		이용 지연으로 적절한 시기를 놓침
		지연되어 단순히 불편했음
	미이용	불편함에 적응하고 참음
		진체 진료 또는 검사 과정 중 일부를 하지 않음
	미충족 된 이용	이용하면서 기대한 종류나 정도의 서비스를 받지 못함(불충분함)
		이용한 결과가 흡족하지 않았음
	과거의 미충족 인지	현재의 경험을 통해 과거의 미충족 의료경험을 인지함
		인지하지 못했던 의료필요를 새롭게 인지
	상태로서의 미충족	당장은 충분하지 못한(신뢰할 수 없는) 의료를 이용할 수밖에 없는 상황에 놓임
		문제가 생기면 제대로 이용하지 못하리라는 불안감
의료필요 상황에 따른 미충족 경험	미충족 경험에 대한 반응의 차이	의료이용 단계를 거치며 미충족을 감내하고 계속 이용하기 위해 시도함
		미충족을 경험하고 어느 단계에서 필요를 포기함
의료이용의 단계에 따른 미충족 경험	의료이용 전	의료기관을 찾고 선택하는 과정에서의 어려움
		의료기관에 가기 위한 과정에서의 어려움
	의료이용 중	의사와 대면 과정에서의 경험
		의료기관을 이용하는 과정에서의 경험

수집된 자료에서 보이는 미충족의료는 여러 축을 가지고 있었다. 사람들에게 의료필요가 생겼을 때 이 것을 인지하고 병원에 가고 문제를 해결하는 일련의 과정 속에서 미충족은 미이용뿐 아니라 이용 지연이나 과소이용, 이용 포기, 이용 했지만 불충분함과 같이 다양한 유형으로 나타났다. 이것이 하나의 축이라면 다른 한 축은 의료이용의 단계에 따른 미충족이다. 사람들은 의료필요가 생겼을 때 이를 인지하고 나서 병원을 찾아보고 찾아가는 단계를 거친다. 그 후 병원의 시스템을 거쳐 의료진을 만나고 검사나 치료를 받은 후 돌아와 초기의 의료필요가 모두 충족되었는지를 판단할 수 있다. 두 축은 예를 들어 의료를 찾는 단계에서는 찾아보기와 선택의 어려움이나 이동 과정의 어려움이 생길 수 있다거나, 의료필요를 인지하는 단계에서는 인지하지 못하거나 인지하는 것을 거부하는 유형의 미충족이 발생할 수 있는 식으로 연동된다. 이와 같이 미충족의 연속적 정도와 이용 단계에 따른 미충족이 겹치는 것처럼 보일 수 있고 실제로 겹치기도 한다. 그러나 반드시 특정 단계에서 어떤 유형의 미충족이 발생하는 것은 아니고 어느 단계에서든 어려움을 느끼거나 이용이 보류되고 새로운 의료를 찾는 등 다양한 형태의 미충족이 생길 수 있다.

의료를 이용하기 전의 단계에서 전반적으로 기존의 문항이 측정하는 부분인 ‘미이용’ 경험도 물론 언급되었지만 ‘미이용’이 되기 이전에 ‘미루기 또는 지연’ 경험이 더 많이 나타났다. 지연되는 상황이 지속되고 나아지지 않으면 결국 가지 못하는 결과로 나타난다. 반대로 지연되다가도 지연되게 만든 상황이 바뀌거나 통증이 더 심해지는 등의 의료필요가 더욱 강해지면 결국 의료를 이용하게 되기도 한다. [1]의 사례는 수술비 문제 때문에 실비보험을 새로 들었고 사용할 수 있을 때까지 기다려야 했기 때문에 치료가 지연되었다. 그 사이에 통증이 심해 고통을 받다가 실비보험 적용이 된 이후에서야 수술을 받을 수 있었다. 의료 이용이 지연되더라도 큰 문제가 없이 증상이 소실되거나 검사를 받지 못한 채 넘어

가버리는 가벼운 의료필요도 있지만 상태가 위중한데 지연되다가 더 큰 합병증이 발생하거나 회복하지 못한 채 사망한 [2]의 경우도 있었다. 적절한 의료이용이 지연되는 데에는 아예 가지 못하는 경우도 있었지만 다른 의료기관을 거쳐 가다가 시기를 놓치기도 했다.

[1] “제가 이번에 어깨, 어깨가 좀 많이 아팠었어요. 석회 같은 게 낀 거예요. 그래 갖고 바쁘고 그러다 보니까 미뤄지는 거예요. 또 이제 안 아프다 아프다 하니까 병원 갈 시간도 별로 없고, 문제는 그 실비를 들기 전에는 감당이 안 되잖아요. 그래서 실비를 먼저 들었어요. 그래서 실비 들고 나서 이제 일하다가 보니까 계속 미뤄지고 미뤄지고 하다가 너무 아픈 거예요. (중략) 그러면 일단은 실비를 들었어도 제가 계산해야 되잖아요. 계산하고 나중에 받잖아요. 그런데 그 계산할 돈이 없어요. 1,2십 만원도 아니고 애들 둘 키우다 보면은 그 100만 원도 굉장히 큰돈이잖아요.” (집단 8, 여 2, 42세)

[2] “죽는 거야, 우리 시동생 기다리다가 죽었잖아. 입원을 해야 되는데 [빨리 입원하도록 도와줄 사람이] 아무 없으니까 날짜를 기다리다가. **[거주하던 지역, 일반시]에 그 병원에 돌아가셨잖아요. 그게 억울한 거지. (중략) 동네병원으로 갔지. **?? 유명하단 병원을 갔는데 누가 서울대 병원 큰 병원 가봐라 서울 큰 병원 가봐라, 삼성 아니면 서울대 아니면 고대 가봐라 그만큼 뚫고 가기 힘든 거라. 몇 개월 기다려야 되니까 그 시간 못 기다려 죽는 거지. 돈이 아무리 많음 뭐해, 기다리다가 죽어버리는데.” (집단 10, 여 1, 63세)

지연을 넘어 미이용 되는 경험유형은 집단에 따라 언급되는 정도가 달랐는데 대개 경제적 수준이 낮거나 지방에 거주하는 집단에서 언급되는 경향이 있었다. 원인은 다양했는데, 가장 직접적인 원인이 돈이었던 [3]의 경우는 수술비가 비싸고 본인의 나이가 많아 치료 하더라도 얼마 쓰지 못할 것이라는 인식에 더욱 수술을 받지 않으려는 의지를 굳혔다. 사례 [4]는 농촌의 상황을 보여주는데 농사일이라는 특성상 시기를 놓치면 일 년의 농사를 망치게 되고, 일을 대신 해줄 사람을 구하기가 어려

위 자리를 비울 수가 없는 상황이었다. 군 지역에 거주하는 [5]의 사례는 웬만한 질환을 보기 위해서는 인근 광역시로 나가야 하지만 다녀오는 것만 해도 만나질 이상 걸리고 가서도 검사를 예약하고 기다리고 결과를 듣고 하는데 걸리는 시간적 부담이 커서 상황을 재다가 결국 이용을 하지 못하게 되는 지방의 상황을 보여준다.

[3] “저는 무릎이 좀 많이 아팠어요, 아팠는데 돈이 없어요, 돈이 없어 가지고 얼마 정도 드냐고 하니까, 400만 원 정도 든다고 하더라구요, 그래서 안가고 400만 원. 얼마 안 있으면 쓰러질 텐데 뭐하려고 하냐고.” (집단 10, 여 4, 79세)

[4] “지금도 그래. 지금도 가고 싶어 병원에 사실. 무릎도 아프고 허리도 아파. 시간 시간만 되고 여건만 되면 얼렁 쉬었다 오고 싶어. 너무 쫓기니까 못가요. (중략) 어쩔 수 없지. 이게 지금 시골 농사일은 이때 아니면 버리니까 버리고 못가” (개인 1, 여성, 53세)

[5] “아까 말씀드렸듯이 **[근처 광역시]을 가야되고 가면 또 절차가 복잡하고 그냥 한 번에 가서 끝날 수 있는 게 아니고. 그니까 그런 절차가 복잡하고 어려우니까 가기 싫고” (개인 3, 여성, 52세)

수술과 같은 큰 문제보다 위중함이나 응급성이 덜 한 통증 조절과 같은 의료필요에서는 가지 못하게 되는 일이 더 잘 발생할 수 있는데 [6]의 경우 직장에서의 눈치 때문에 병원에 가지 못한 경험을 토로하였다. 이 사례에서는 돈이 부차적인 문제이고 사람들에게 폐를 끼칠 수 있다는 부담감 때문에 시간을 내지 못한 것을 알 수 있다. 특히 [7]에서처럼 가려는 의료기관이 대학병원이어서 예약 시간을 맞추기가 쉽지 않고 오래 기다려야 하는 경우 직장인으로서 더욱 접근성이 떨어질 수밖에 없다. 직장 문제 때문에 수술을 결정하지 못한 [8]의 경우는 같은 직장 문제였지만 생계에 더 직접적으로 연결된 사례였다. 같은 미치료 경험이고 직장 문제가 연결되어 있지만 그 직접적인 원인이 한 사례는 조직에서의 책임과 역할이었고 다른 사례는 자영업자로서 느끼는 압박감으로 차이를

보여, 직종이나 고용형태에 따라 미충족을 경험하는 기제가 다소 다를 수 있음을 알 수 있었다.

[6] “한의원에 가서 침을 맞고 이러면 좀 빨리 나올 거를 알지만 시간을 빼는 게 회사에서 말하고 나오면은 너무 회사가 바쁘니까 눈치가 보여서 사실 돈이 문제가 아니라 돈도 돈, 돈 문제는 2차적인 거구요. 시간을 빼고 사람들에게 내가 아쉬운 소리를 하고 나오면 다른 사람이 저 때문에 야근을 해야 되는 상황이 발생할 수 있고 뭐 이런 것 때문에 사실은 결국은 못 갔어요.” (집단 8, 여 6, 42세)

[7] “그런데 시간대가 항상 거의 남아있는 시간대가 오전 이런 식으로 되어 있어서 제가 휴가를 쓰지 않으면 받을 수가 없겠더라고요. 그래서 계획은 봄에 했었는데 아직까지 못 가고 있어요.” (집단 3, 여 1, 31세)

[8] “직장인들은 그렇죠.. 솔직히 일이 끊기는 게 무섭더라고요. 저 같은 경우는 주문 받아서 일을 해야 되는데 이 팔 다치면 3개월은 못 쓴대잖아요.” (집단 8, 여 2, 47세)

미루다가 결국 가지 못하게 되는 다른 이유는 찾아가는데 드는 시간과 에너지 때문이기도 하다. [9]에서 보듯 만일, 거리가 가까운 곳을 갈 수 있었다면 가기로 결정할 수 있었을 것이지만 멀리 있는 의료기관을 찾아가야 하다 보니 미루어지고 포기하게 되는 것이다. 이 경우는 특히 의료필요의 종류가 치료보다는 예방적 필요인 검진이다 보니 포기하기 쉬웠던 점도 있다. 실질적인 중요도와 관계없이 인지된 필요의 중요도가 크고 작음에 따라 장애물이 있을 때 포기하기로 결정할 확률이 달라진다. 대신 [10]의 사례와 같이 아이가 아프다거나 하는 중요도가 높은 의료필요의 경우 어려움을 경험하더라도 필요에 따라 이를 감내하게 된다. 분명 이용은 할 수 있었지만 다른 상황의 사람들보다 더 많은 장애물을 이겨내야 하는 경우는 똑같은 충족상태일까? [11]의 대화는 지방에서 살기 때문에 서울의 대학병원을 이용할 때 겪게 되는 시간비용과 실질적인 접근성의 떨어짐을 보여준다. 이러한 상황에 놓일 수밖에 없는 것에 대

해 이들은 억울하고 속상해했다.

[9] “그냥 가까우면 에이 가자 할 텐데.. 막 **[인근 도시]에 야... 언제 가냐. 다음 주에 갈까? 다음 주에 갈까 이러다 결국 못 가고 그랬었어요.” (집단 8, 여 1, 42세)

[10] “저희 **에서 어 뭐지 서울 **에 나가는 버스가 한대가 있는데 40분에 한 번이 와요, 그러면 제가 차가 없다고 하면 저희 첫째만 키울 때는 차가 없었거든요. 남편만 출퇴근하는 차가 있으니까 제가 어린이집이 끝나면 애기를 애기 띠에 들쳐 업고 그 40분에 한 번 오는 버스를 타고 한 시간을 버스를 타고 가서 병원진료를 받고 와야 됐거든요. 그런데 지금은 애가 둘이 되니까 둘을 다 데리고 갈 수 없어서 차를 한 대를 더 사고 면허를 연수를 받고 그래서 가는데 그래도 한 시간이 걸리니까 그런데 차라리 자가용이 있는 사람은 편한데 자가용이 없는 사람들은 택시를 타고 나갈 수 있는 위치가 사실 아니에요.” (집단 8, 여 5, 35세)

[11] “지방에서 살다 보니까 좀 억울하고 속상한 일이 많아요. 서울 병원에 가 보면은 예를 들어서 이제 CT를 찍고 MRI를 찍으면은 오전에 찍으면 금방 진단이 나온단 말이에요. 결과가 나오는데 꼭 일주일 있다 다시 오라고... 그러면 우리는 돈 들이고 시간 들이고 얼마나 불편하고 그러느냐고...(여 3 [72세]: 금방 나와요. 지금은 컴퓨터가 있으니까 찍으면 바로 컴퓨터에 입력이 되더라고요. 그러면 이제 한 한 시간이나 기다렸다가 보고 올 수 있는데 꼭 일주일 있다 오라고 그런다고) (여 6 [68세]: 진짜 그런 행정은 바뀌었으면 좋겠어요. 몇 번씩 가야돼요) 그렇죠. 자기들이 안 내려오니깐 자기 일은 아니다 이거지. 여기서 올라가는 일은 있어도 내려오는 일은 없다고.” (집단 5, 여 4, 72세)

여러 이유로 이용을 하다가도 중간에 어떠한 이유로 중단하거나 권한 의료서비스를 다 하지 못하고 다른 서비스로 전환하는 등 필요했던 정도에 비해 의료서비스 이용을 덜 하게 된 [12]나 [13]와 같은 경우도 있었다.

[12] “MRI 찍고 정밀검사 해가지고 과정을 보자 그랬더니 왜 MRI를 안 찍고 그냥 갔냐고 하더라고, MRI가 보통 45만원이에요, 큰돈이잖아요, 그래서 진통제나 며칠치 주세요 그러니까, 이진 진통제가지고 될 일이 아니라고 약을 안 주려고 하는 거예요, 그래서 그냥 왔어요. 와가지고 그 먼저 일주일치 받은걸 아플 때만 먹고 넘겨놔지 약을, 아플 때만 먹고선 병원에 안 갔어요, 45만원 큰돈이잖아요.” (집단 10, 여 3, 65세)

[13] “이제 교통사고 때문에 입원을 권했는데, 사실 뭐 회사업무 때문에 저는 입원을 못하고 통원치료를 했던 케이스라.” (집단 3, 남 3, 53세)

의료를 이용했음에도 미충족이 있었다. 여기에도 넓은 스펙트럼이 있는데, 예를 들면 처음에 필요하다고 생각한 것과는 다르거나 기대에 못 미치는 검사나 치료를 받은 것과 같이 다양하다. [14]에서처럼 상급종합병원을 이용한 사람들은 기다린 시간에 비해 진료를 받은 시간이 너무 짧아 필요를 해결하기에 불충분했음을 토로했다. 대학병원에서의 불만은 여기에 그치지 않고 의료인과의 대면과정에서 경험하는 문제, [15]에서처럼 의료를 이용하는 과정과 절차가 복잡하고 어려웠던 문제도 있었다. [16]은 서류를 발급받는 종류의 의료이용이라 하더라도 보호자의 입장에서 최소한의 대면관계를 기대했지만 이를 충족하지 못했다. 치료 자체에는 문제가 없었지만 그 과정에 대한 어떠한 설명이 없었을 때 다시 방문하지 않기로 마음먹었다는 [17]의 사례에서도 볼 수 있듯이 의료필요에는 단순히 결과적으로 질병의 문제의 해결 외에도 환자와의 상호작용 속에서 동반되어야 하는 의사소통과 신뢰의 인간적 관계가 필요에 포함되어 있다.

[14] “근데 이제 병원을 그걸로 해서 3개월에 한 번씩 이렇게 계속 이제 다니고 있는데, 이제 병원을 다니다 보면 불편한 점은 너무 진료시간이 짧다라는 그거가, 기다리는 시간에 비해서 짧은 그거가 가장 불만인 것 같아요.” (집단 6, 남 4, 49세)

[15] “교통사고가 나서 허리가 너무 아파서 동네 병원을 가다가 좀 큰 병원으로 가봤는데 너무 어려운거예요. 그게 종이 한 장을 주고 잠깐 여기 들렀다가 뭐 여기 갔다 하는데, 아직 젊은 저도 벌써 어려운데 어르신들은 도대체 대학병원을 어떻게 올까라는 생각이 바로 들더라구요.” (집단 6, 남 3, 30세)

[16] “이 사람은 나한테 필요 없는 사람이야 하는 태도가 너무 눈에 보이고 오히려 보호자인데도 눈도 안 마주쳐 주고 좀 그렇게 대하니깐, 그분들도 힘든 거 알고 힘든 상황이고 그 환경은 알기는 아는데 그 보호자도 환자의 한 가족이란 걸 좀 알아주셨으면 하는 게 대학병원에 되게 세더라구요. 간호사분들도 좀 그런 게 있어요.” (집단 6, 여 2, 31세)

[17] “제가 잇몸이 좀 안 좋은 편이어서 계속 아파가지고 갔는데, 어떤 치료를 하시긴 하시는데 이게 어떤 치료라고는 말씀을 안 하셨고, 저는 계속 아픈 상태로 있는 그렇게 치료가 끝났어요. 그래서 다시는 안 와 이러면서 나왔는데... 어쨌든 다 치료는 완전히 그 아픈 통증은 다 없어졌는데 그 받는 과정에서 아 지금 이거는 어떤 거를 처리해 주는 거, 소독을 하는 거다 이런 걸 뭔가 얘기를 해 줬으면 더 신뢰가 생겼을 것 같다고 생각했어요.” (집단 3, 여 1, 31세)

상업적 태도를 인지했을 때 사람들은 [18], [19]에서처럼 의료 이용을 보류, 중단하는 모습을 보였다. 의료기관이나 의료인의 상업적 행태는 사람들이 기대하는 의료의 모습이 아니었다.

[18] “동네 역전에 병원 많잖아요. 그 중에서 괜찮다고 얘길 들은 데를 한 번 갔는데 갑자기 알리지 검사를 해주더라구요. 그러더니 뭐 알리지 가 집 진드기 알리지 뭐 이런 게 있는데 삼십 만 원 정도 내면 그걸 해결 수가 있다. 그 즉시 안 했어요. 아니 주사를 한 몇 번 맞으면은 그게 알리지가 낫는다는 것도 참 이걸 좀 너무 약을 파는 거 아닌가 싶어서...(중략)... (남 4 [49세]: 그런 부분이죠. 내가 아는 저기에서 코피를 나는 걸 이제 정보를 알고 있는데 그거에 대해서 얘기를 안하고 수술하자고 할 때, 완전 엑스죠. 그 의사는. 그 병원은 안 가죠.)” (집단 6, 남

6, 43세)

[19] “여기서는 뻑 하면 비타민 주사 한대 맞아보세요. 그런거 저기하면, 아... 완전히 상술인 것 같다는 생각이 들 때가 많아요. (진행자: 그러면 어떻게 반응하세요?) 다음에 와서 한다고 하고 가지.” (개인 4, 여성, 61세)

반드시 상업적인 이유라고 확신하는 것은 아니지만 [20]에서처럼 의사가 권하는 것에 대해 충분히 대등하게 대응하지 못하고 이를 모두 받고 난 다음에 후회하는 경우도 적지 않았다. 여기에는 의료인에 대한 신뢰 정도와 의사-환자 관계에서의 권력 구도가 얼마나 기울어져 있는지 등이 작동하는 것으로 보였다. 또한 충분한 소통 없는 검사와 진료 절차는 사람들에게 신뢰를 떨어뜨리고 상업적 목적에 대한 의심을 하도록 만들었다.

[20] “이 방광염 때문에 왔는데 비장검사 무슨 검사 막 종합적으로 다 한 거예요. 그런데 결과적으로 집에 와서 생각하면 내가 뭘 흘렸었나. 왜 내가 이렇게 판단력이 흐리지? 그거는 제가 안 받으면 안 됩니까? 라고도 하고 했어야 되는데 혈액검사를 통해서 뭐가 나쁘다 이거예요. 그래서 뭐 이 초음파니 뭐니 다 하고 나니 아무것도 없어. (중략) 참 그게 억울하더라구요. 그게. (중략) 내일 모레 돌아가신 분한테도 대장검사 하라고 하더라고요.” (집단 5, 여 6, 68세)

의료를 이용하는 과정에서 충분히 충족되지 못하는 것 외에도 이용을 하고나서 발생하는 미충족도 있었다. [21]은 다 나을 것을 기대했는데 수술을 받고 나서도 여전히 통증이 남아있는 것을 아쉬운 점으로 꼽았다. 의사가 하라는 대로 검사를 다 했는데 검사 결과를 제대로 해석하지 못한 [22]의 사례에서 응답자는 추가 의료이용을 위해 시간과 비용을 더 지불해야 했고, 처음에 갔던 의료기관에 큰 불신을 가지게 되었다. 이와 비슷하게 [23]의 사례에서는 의사가 오진을 하는 바람에 부러진 뼈를 바로 수술하지 못하고 입원한 상태에서 오랜 시간 고통을 받았다.

[21] “네.. 전 수술하면 다 나을 줄 알았는데 이게 아니더라구요. 수술하면 그 더 이제 아픈 거를 이제 진행을 막는 거고 수술했어도 계속 조심해야 되겠더라구요. 지금도 조심 안하면 아퍼요. 예...” (집단 7, 여 2, 44세)

[22] “아 정말 돌팔이라고 느끼는 게 본인이 CT를 찍자고 그러고 엑스레이를 찍자고 그래서 다 검사를 했으면 본인이 그 데이터를 봤을 거 아녓니까. 그 갈비뼈가 부러지면서 어 폐를 찢른 것 같다. 큰 병원으로 가봐라...(중략) **에 있는 **대학 병원을 갔죠. 거기 병원에 가서 아무것도 안하고 의자에 앉아서 다섯 시간을 기다렸어요. 그랬더니 흉부외과 여자 의사분이 오셔서 딱 한마디.. 그냥 뼈만 부러진 겁니다. 괜찮습니다. 안녕히 가십시오.” (집단 7, 남 1, 39세)

[23] “예... 나중에 수술 전신마취하고 그거 힘들어하는 거보니까 이거는 그런데 처음부터 완전 큰 병원으로 갔어야 되나? 뭐 그러니까 속상한 거예요. 엄마는 나름대로 이제 아프니까 병원 가서 거기도 의사잖아요. 두 번째도 의사고 다 의사인데 그렇게 환자를 미스판단 해 가지고 그때 좀 속상했던 기억이...” (집단 6, 여 7, 34세)

[24]의 사례는 수술을 받은 당장은 통증이 사라져 초기의 의료필요를 충족한 듯 보였으나 어느 정도 시간이 지난 후 부작용이 생기고 말았다. 의료이용 후 사후관리가 제대로 설명되지 않아서 합병증이 생기고 추가로 의료필요가 발생하는 종류의 미충족에 해당한다.

[24] “그런데 이제 너무 안 아팠는데 수술하고 몇, 거의 한 달도 안 되니까 팔이 안 올라가는 거예요. 지금은 재활연습 많이 해 가지고 이정도 되거든요. 그래서 병원에 갔더니 왜 재활치료를 안 했냐는 거예요. 그러면 의사가 그 심각성을 알려줘야 되는 거잖아요. (중략) 어머, 그제서야... 내가 정말 의사한테 한마디 할라고 그랬어요, 진짜... 나 같이 병원하고 그렇게 친하지 않은 사람들은 자세히 잘 얘기 안 해주면 잘 모르거든요. 그래 갖고 재활치료 지금 받고 있어요, 다시.” (집단 8, 여 2, 47

세)

앞의 사례에서처럼 실제로 오진이나 치료 결과 문제 해결이 충분히 되지 않아 고통을 겪은 것보다는 덜하지만, 불신으로 인해 안심하지 못하는 상태에 놓이는 상황도 생긴다. [25]에서 환자는 기존의 경험에 비추어 한국에서 약을 남용한다는 의심이 들었지만 진료 과정에서 그 의문을 해결하지 못한 채 나오고 말았다. 의사-환자 간 (지식)권력의 차이 때문에 약을 처방받아서 집으로 가져오기는 했지만 여전히 의구심이 남아 온전히 처방을 따르지도 못하고 무시하지도 못한 채 불편한 상황에 놓여 있음을 토로했다.

[25] “꼭 그렇게 [혈압이] 90, 140이 되면은 먹어야 되는지. 저는 그게 조금 지금까지도 좀 긴가민가, 예 [약을] 먹어야 될까 말까 지금도 그렇게 생각하고 있습니다. (중략) 일본서는 그런 이야기를 안 하고 식이요법을 하세요 그러면서 어떤 뭐가 있다 뭐 뽀빠렛도 주고 근데 그냥 뭐 여기 오니까 무조건 뭐 드세요 그러니까. 이게 약 남용이 아닌가. 이게 왜냐면은 그래도 일본이 그래도 의학 수준이 조금 더 우리하고 적어도 비슷하거나 좀 나을 수도 있는데 거기서는 권하지 않는 걸 한국에서는 그냥 바로 권하더라고요. 그러니까 의사가 권하면 환자는 약하거든요, 또 기분이 찢찢하거든요.” (집단 1, 남 2, 64세)

당시에는 미충족으로 인지하지 못했지만 나중의 경험을 통해 당시에 충분하지 못한 진료를 받았다고 평가할 수도 있다. 인지하지 못한 미충족은 주관적으로 측정될 수 없다. 그러나 장기적으로 봤을 때 과거 본인의 경험과 현재를 비교하여 과거의 미충족을 인지할 수는 있다. [26]은 건강검진 항목이라는 의료서비스의 종류에 대한 재평가이며, [27]은 진료 과정에서 의사의 설명 수준에 대해 다시 인식한 경우다. 과거의 미충족을 느끼는 경우 현재의 상태는 과거에 비해 의료필요로 인지하는 내용이나 정도가 높아졌을 가능성이 있으며, 이는 의료필요가 시기와 상황에 따라 매우 유동적인 개념이라는 것을 반영한다. 반대로 [28]과 같이 과거에는 대학병원 진료가 필요하다고 생각했지만 경험을 통해 같은 의료필

요가 생겼을 때 굳이 대학병원 진료가 필요하지 않다는 것을 알게 되는 사례도 있었다. 이와 같이 경험에 따라 필요의 종류나 정도가 변하기도 한다.

[26] “제가 저번 달에 건강검진을 받았거든요. 다른 때는 보통 그냥 지정, 국가에서 지정한 데, 그런 데서 대부분 다 받고 했거든요. 그런데 그거 딸아이가 내가 한 건강검진을 한, 한 번, 두 번 시기를 놓쳐가지고 안 받았거든요. 엄마 그냥 큰 병원에 가서 한번 받아봐라 하면서 **병원[대학병원]에서 건강검진을 받았는데, 아우... 거기서 건강검진을 받으니까요, 다른 데서 내가 해마[해보니], 그 2년에 한 번씩 받은 건강검진은 그냥 뭐 얼렁뚱땅하게 받은 것 같아요” (집단 2, 여 7, 66세)

[27] “그래서 그 뒤에 이제 나오고 나니까 제 친구가 자기는 갑상선 암에 걸리고 6년 동안 병원에 다니면서 이렇게 선생님이 설명을 해 주는 걸 한 번도 진료를 받은 적이 없대요. 그리고 자기는 정상수치가 몇인지도 들어본 적도 없고, 그러니까 오히려 제 선생님보고 너무 좋다고 갈 때마다 쫓아가는데...” (집단 8, 여 5, 35세)

[28] “그 대학병원에 간다 그러면 의사선생님은 신뢰가 가지만 시간이 너무 많이 소요가 돼요. (중략) 그래서 아 이렇게 정기적으로 저같이 당뇨라든지 뭐 이런 거를 관리하는 사람은 굳이 대학병원이 아니더라도 갔다 와서 정말 그 의료의 만족도가 상당히 높아진... 케이스거든요. 그래서 그 동네병원도 잘 찾아보면 의료진도 좋고 그런 경험이...” (집단 1, 여 4, 60세)

당시에는 인지가 되지 않아 갈 생각조차 못한 상황이 발생한다. [29]의 사례에서 참여자는 경미한 뇌경색으로 인지기능에 장애가 온 가족의 상태를 파악하지 못하고 있다가 주변 다른 사람을 통해 나중에서야 알게 되어 방문이 늦어졌던 상황을 회상하며 당시 자신이 조금 더 일찍 알아채지 못했던 상황을 안타까워했다. 의료필요를 인지하고 이용하는 데에 배경지식이 중요하게 작용하며 이에 대한 필요가 있다는 것을 보여준다. 지식과 별개로 남들이 보기에는 마땅히 병원에 가야 할 것 같은데 필요

를 의식적으로 거부하여 가려고 하지 않는 경우도 있다[30].

[29] “그 여러 사람들이 이 병원애기 하다 보면 그런 것들에 대한 정보를 알아야 좀 알아야 될 것 같아요. 특히 부모님들이 이제 그 나이들이 있으시니까... 연세가 되실 거예요. 보통 한 60이상 70은 이제 되시는데 저희 어머니 같은 경우가 얼마 전에 옆에 있는 데도 내가 몰랐단 말이에요. 뭐였냐면 저기가 오신 거야. 뇌경색이 오신 거야.” (집단 6, 남 4, 49세)

[30] “그러니까 자기가 뭔가 데미지가 엄청 크게 왔을 때 뭔가를 방법을 세우는, 그러니까 저는 미연에 방지를 하고 남편은 뭔가 신호가 왔을 때 그걸 인식을 하고 방지를 하고, 이미 방지가 아니죠. (중략) 아니나 다를까 그 때부터 눈이 잘 안 보였다는 거예요. 그러면서 저한테는 말 안 하는 거죠. 왜냐하면 말, 물어보면 막 병원 가자고 그러고 이제 막 심각하게 받아들인다고 생각해서 속인 거예요.” (집단 4, 여 4, 60세)

의료필요의 미충족은 지금까지 거의 경험(에피소드)으로 인식하고 평가해왔다. 어떠한 경험이 있었는가에 대한 응답방식이 이에 해당한다. 그러나 수집된 자료를 통해 드러난 미충족 중에는 경험한 것이라기보다는 ‘미충족 상태’라고 평가해야 하는 경우도 있었다. [31]에서 참여자는 본인이 사는 지역의 의료수준이 낙후되어 있고 오진이 많다고 평가했다. 이미 신뢰를 잃은 의료기관이지만 지방의 상황은 의료기관이 선택할 수 있을 만큼 충분히 다양하지 않고, 선택하기 위해서는 더 큰 지역으로 나가야 하기 때문에 더 많은 에너지를 소모해야 하는 부담이 생긴다. 따라서 웬만큼 큰 병이라면 당연히 다른 지역으로 나가겠지만, 어느 정도 오진이 있고 수준이 떨어지더라도 큰 타격을 받지 않을 정도의 작은 의료필요라면 [32]처럼 찻찻하더라도 불신하는 의료기관을 이용할 수밖에 없다는 것이다. 이러한 인식은 직간접적 경험을 통해 형성되고 지역 사람들 사이에서 우리 지역은 어떠하다는 규범으로 인식되는 것일 수 있다. [33]에서 언급한 것처럼 불신이 되는 의료기관을 이용하는 사람들의 정서는 불안함이며 이는 의료필요의 미충족 상태를 반영하는 표현일 것이다. 비

슷하게 [34]의 사례는 아직 문제는 없었지만 만일 큰 의료필요가 생길 경우 지금의 지역 의료 수준이라면 충분히 문제 상황에 부딪칠 수 있고 생명을 잃는 결과를 가져올 수도 있겠다는 불안감을 보여준다.

[31] “여기 시골은 시골 병원은 그니깐 의사를 신뢰하지 못한다는 거. 예, 저부터도 그렇고. 그니깐 내가 필요로 해서 가까운데 감기 들거나 이렇게 해서 내가 필요로 해서 가는 거긴 하지만, 실상 그 사람들이 이렇게 하는 이야기가 신뢰가 가지는 않아요. (중략) 왜냐하면 시골사람들은 일단 교통이 불편하고 일하다가 어디 멀리 갈 수 없고.” (개인 3, 여성, 52세)

[32] “그런데 [지역 병원에 대해] 이런 저런 소문을 안 들었으면 모르는데... 이제 들었으니까 좀 찻찻하긴 한데, 그래도 갈 데 없으니까 이제 가는 거죠. 가는 건데...” (집단 7, 여 2, 44세)

[33] “일부 병원에서는 경험부족이 티가 나고 그러니까 똑같은 그 CT 촬영해야 되던지 촬영기, MRI 촬영 똑같이 기계를 갖다 줘도 잘 그 판독을 못한다고 해야 되나 잘 못 짚어내고. 어떤 경우에는 성급히 수술을 시켜요. 이거 수술해야 돼요. 그러면은 지방 사람들은 우선 불안하잖아요. 그러니까 다시 서울로 오는 거야, 그 자료를 들고 그러면 서울에서는 아니에요. 이거 좀 더 지켜보고 경과, 굳이 지금 안 하셔도 돼요.” (집단 6, 여 2, 31세)

[34] “내가 만약에 쓰러지면 여기서 금방 응급 처치를 받을 수 있을까? 내가 도시 살면 금방 그런 것을 해결할 수 있을 텐데, 여기서는 그렇지 않겠다는 생각을 저는 가끔 해요. 내가 우리 신랑한테 항상 하는 말이 **아빠, 그러면 무조건 나 데리고 **[인근 광역시]로 쏜 그러면, 시간이 걸려서 안 돼 그래. 좀 그런 게 항상 불안하죠. 생각 안할 수 없으니까, 나이도 있고. 그럴 수 있다, 라고 생각을 해요.” (개인 3 여성, 52세)

똑같이 의료기관을 찾아가는 데서 가지는 불안감이지만 지역에 따라 그 종류가 달라지기도 한다. 의료기관이 상대적으로 적게 분포한 지방의

경우 선택의 여지가 없게 되거나 찾아가는 그 자체로 시간과 이동수단이 라는 자원과 에너지가 요구된다. 반대로 의료기관이 과도하게 분포한 대 도시 지역은 어느 곳이든 찾아가기는 쉽지만 그 이전에 여러 의료기관 중 어느 곳을 선택해야 할지에 대한 어려움이 컸다. 단순히 여러 곳이 있어서 어느 곳이 더 잘 하는지를 알기 위해서는 정보의 홍수를 헤매야 하는 것과 다른 지점은 지역의 특성에 따라 생길 수 있는 의료기관의 행 태에 대한 불신이었다. 강남처럼 병원 운영비용이 많이 들 것으로 예상 되는 지역에서는 어느 병원이 나에게 사기를 치지 않을 것인지에 대한 의심으로 쉽사리 결정을 내리지 못하는 [35]과 같은 사례나, 멀고 기다리 더라도 이미 신뢰하고 있는 의료기관을 굳이 찾아가야 한다는 [36]의 사 례가 있었다. 이와 같이 내가 주변의 의료기관이 나에게 사기를 칠 수 있다는 불안은 추가적인 시간과 비용을 유발하는 미충족 상태인 셈이다.

[35] “거기는 정말 상업적이라는 이미지가 너무 많이 박혀 있어가지고 그 러니까 강남에 살고 있는 사람들도 아무 병원이나 안가고 입소문을 듣 고 가더라구요. (중략) 여기 이 자릿세가, 자릿세 유지하려면은 나한테 어떤 사기를 쳐서 내 이를 어떻게 하겠어, 생각밖에 안 드는 거죠.” (집 단 6, 여 2, 31세)

[36] “그래가지고 그냥 우리가 예전에 **동 살었는데 감기 때문에도 맨날 **동까지 가는 거예요. 길이 밀려도 왜냐하면 이 동네를 못 믿는 거예요. 여기 아우 점포세가 이렇게 비싼데(중략). 대기시간이 한 시간 인데 도 우리 집에서 거기까지 한 40분 걸려서 가서 대기, 대기를 주차비 내 면서 한 시간을 해 가지고 감기약 하나 받아오는 거예요. 의사선생님한 데 그렇게 병원을 못 믿는, 못 믿겠더라구요.” (집단 3, 여 2, 54세)

(2) 미충족의료에 대한 대응

의료필요의 미충족은 의료이용의 어느 단계에서도 생길 수 있고 그 때마다 사람들의 대응도 여러 가지로 나타났다(표 8). 미충족의료에 대 한 대응은 미충족 경험에 따른 개인적인 방침인 셈이며, 이러한 대응의 특성에 대해 이해하는 것은 미충족의료에 대한 정책에 반드시 고려해야

할 부분이다. 대응을 하는 경우나 하지 않는 경우로 나뉘는데 각각의 상황에 몇 가지 유형이 있었다.

표 8. 미충족의료에 대한 대응의 분석 코드와 범주

범주	하위범주	코드
대응방식	직접적 문제 제기	그 자리에서 당사자에게 문제를 바로 제기함
		병원의 원무과나 고객센터 등 관련 부서에 문제를 제기함
		건강보험심사평가원과 같은 공적 경로를 통해 문제를 제기함
	간접적 대응	주변에 알려 해당 의료기관을 이용하지 말 것을 권함
		다시는 이용하지 않음
		다른 의료기관을 찾아보고 이용함
대응포기 이유	대응하지 않음	면담내용을 녹음하거나 메모하는 식으로 대비함
	불이익 우려	문제를 느끼지만 포기하거나 순응함
	의사-환자의 권력차이	나에게 조금이라도 더 잘 해주지 않을 것 같아서
		보호자의 입장에서 조심스러워서
		내가 무식해서 생긴 일이라고 받아들임
	주변에 대한 눈치	혼날 것 같아 무서워서 말을 하지 못함
		의사나 다른 환자의 시간을 빼앗는 것 같아서
	해결 불가에 대한 인식	소란을 피워서 좋을 것이 없으니까
		소송을 해서 이기거나 문제를 제기해서 나아질 것이라 는 생각이 들지 않아서

가. 대응 방식의 유형

첫 번째 유형은 직접적으로 문제를 제기하는 것이다. 이 중에서도 [37]와 같이 원무과나 고객센터 같은 병원의 관련 부서에 건의를 하는 식과 해당 상황에 놓였을 때 즉각 당사자에게 불만을 제기하는 방식이 있고 [38]의 사례처럼 공식적으로 시정을 받을 수 있는 방식이 있었다. 직접 문제를 제기하는 역량은 반드시 연령이나 사회경제적 수준과 관련되어보이지는 않았다. 그러나 건강보험 심사평가원의 진료비 청구 확인을 받는다는 사례는 그리 많지 않았는데 관련된 업무에 종사했기 때문에 알고 있거나([39]) 고객센터에 불만을 제기하던 중 알게 되는 등([38]) 기본적인 사회경제적 상태가 높거나 적극적으로 문제를 제기하려는 사람에서 알게 될 확률이 높은 것으로 보였다. 문제는 아직 이와 같은 공적 경

로의 문제제기 방식이 일반적으로 널리 알려져 있는 것이 아니라 정보 접근성과 인지능력에 따라 달라질 수 있는 불평등의 여지가 있다는 것이다.

[37] “저 같은 경우는요 다녀보면은요. 뭐 의사 진이나 간호팀 들 불편한 기억이 가끔 있습니다. 책임자한테 건의를 하고 시정을 해서 계속 그 집 그 병원을 가는 편이에요.” (집단 5, 남 1, 73세)

[38] “근데 이거는 정책적으로 간단하게 해결할 수 있는 방법이 있어요. 건강평가심사원에 청구를 하면 이거는 내가 힘들이지 않고 그 사람들이 다 대행을 해서 다 그거는 간단한데, (중략) 그래서 이야기를 했더니 검사비용이 검사한 게 없는데 왜 검사비용을 청구했느냐 했더니 이게 입 별려보는 게 검사라는 거예요. (중략) 별벌 떨고 원장이 수도 없이 전화가 와. 내가 건강심사원에 신고할까봐. (진행자: 그 때 처음으로 해보신 건데, 어떻게 알아보신 거예요?) 인터넷으로. 이제 그리고 그 인터넷으로 하고 내가 **병원에 전화를 했더니 그런 거 있는 거를 자기도 모르게 노출시켜 버린거예요. 원무과에서. 아 이거 됐다 해서 했더니 딱 이렇게 환급이 오더라고요.” (집단 1, 여 3, 62세)

[39] “심평원에서는 이제 고마워하죠. 내가 이제 그 청구를 난 단골로 하니까...(중략) 뭐 어쨌든... 난 기업체, 국회담당을 했는데.. 언론하고 국회하고 정부하고... 그래서 이제 보건 복지 쪽으로 내가 많이 알아요. 보건 복지부도 수십 번을 다녔고 그래서 보건복지 행정에 대해서 관심도 많았고, 그래서 이제 심평원 같은 경우 일부러 숨길 부분이 아니고 어떤 환자라도 그들이 우리나라 국민일 때는 그 국민은 보호 받아야 되고.” (집단 9, 남 4, 63세)

두 번째는 간접적으로 대응하기다. 직접적인 대응은 당사자, 관련부서나 공적 경로를 통해 직접 시정을 요구하는 방식이었다. 그러나 이와 같은 대응보다는 간접적인 대응 경험이 훨씬 더 자주 언급되었다. 마음은 적극적으로 대응하고 싶었지만 간호사에게만 이야기를 했다는 경우가 많았고, [40]에서와 같이 문을 쿵 닫는 방식으로 불만을 표출하는 정도였

다. [41]의 사례처럼 불만스러웠던 경험을 직접 개선하기보다는 다시 선택하지 않거나 주변에 이와 같은 불만을 이야기함으로써 선택하지 않도록 권하는 방식이 있었다. 조금 독특한 반응으로는 [42]의 사례가 있는데 의사소통의 어려움을 극복하기 위해 개인적으로 상담 내용을 녹음하여 이를 보완하고자 하는 개인적 노력을 선택하는 경우였다. 이는 상대방에게 문제를 제기하고 개선을 요구하기보다 자기 자신이 조금 더 노력을 들여 문제를 해결하고자 하는 소극적이지만 다소 능동적인 방식이라 볼 수 있다. 질문을 메모하거나 의사에게 메모를 부탁하기도 하는데, 이를 위해서는 일정 수준의 의료 문해력이 필요하다.

[40] “너무 그렇게 불성실하게 얘기를 해 가지고 진짜 문을 나올 때 문을 콧 닫아버렸어요. 열이 받아가지고... 뭐 이딴 식으로 할 거면 선택 진료비를 왜 받냐고 거기다 요구를 해 버리고 싶었는데 간호사한테만 얘기하고 왔죠...” (집단 8, 여 6, 42세)

[41] “그 누가 병원에 간다고 그래도 저는 야 그 병원만 잘 보는 게 아니야. 그냥 가까운 데로 가 저는 이렇게 하지, 그쪽으로 가라고 그런 말을 안해요.” (집단 4, 여 1, 67세)

[43] “전 그래서 녹음해요. 아니 제가 좀 아팠을 때 있어가지고 하나라도 놓치고 싶지 않은 거예요, 왜. 또 그 아픈 걸 겪게 될까봐 무서워가지고 그래서 녹음해요. 내 몸이 어떻게 됐고 이걸 제가 알고 싶어서 진짜 중요한 건 녹음해요. 놓치고 싶지 않으면.” (집단 6, 여 7, 34세)

간접적 대응으로는 다른 필요 충족 방법을 찾는 경우도 많아서 대개는 다른 의료기관을 찾아 다시 의료를 이용함으로써 남은 필요를 해결하고자 했다. 아래 사례들은 각자 다른 종류의 충족되지 못한 필요를 해결하고자 이와 같은 대응방법을 택했다. [44]처럼 궁금함이 충분히 해결되지 않았거나 신뢰가 부족한 경우 추가로 이용하는 경우도 있지만, [45]나 [46]에서 보듯이 의료를 모두 이용하였지만 의료 외적인 불만이 남아있는 경우 다른 의료기관을 통해 그 부분을 만족시키고자 한다.

[44] “그 받았을 때 찢찢하면 다른 병원 가서 다시 검사 해봐요. 이게 나은 건지. (중략) 그런데 모르면은 그냥 가보는 거 다른 병원 가서 얘기 들어보고 또 다른 병원 가서 또 얘기 들어보고 이렇게 되는 것 같아요.” (집단 6, 여 2, 31세)

[45] “그래서 그게 마음에 안 들어서 이제 다른 병원을 갔는데 다 친절하게 굉장히 잘 해주세요. 그런데 처방전을 처음에 안주는 거예요. 그래서 환자용을 안주고 약국용만 딱 주고, 그래서 환자용 달라 그래서 이제 집에 와서 한번 찾아봤더니 약이 별로 좋은 게 아닌 것 같아요. 그래서 그다음에 이제 보건소를 갔더니 이제 당연히 처방전 두 장 딱 나오고 뭐 괜찮은 약이 좀 나온 것 같더라구요.” (집단 3, 남 5, 35세)

[46] “아 그래요? 그러면서 빨리 이제 뭐 내보내려고 하는 그런 뉘앙스를 느낄 때 아, 이병원은 또 오래 못 다니겠다. 병원 또 갈아야지 되겠다. 이런 생각이 들지요.” (집단 1, 여 4, 60세)

이러한 유형은 [47]의 언급처럼 경우에 따라서는 단지 다른 병원으로 옮긴다는 것 이상의 추가 자원과 에너지가 들어간다는 점에서 해결책이라기보다는 개인의 역량을 이용한 보완책에 불과하다. 게다가 [48]의 경우처럼 질병의 크기나 지역의 내 의료기관 상황 때문에 개인 역량으로 보완이 어려운 경우도 있다. 개인의 역량이 부족해 보완이 부담스러운 경우에는 사용할 수 없게 된다는 문제도 있다.

[47] “그런데 제 생각에는 병원을 한 군데만 가서는 사실 신뢰가 안가요. 두 군데 내지 세 군데를 가서 정말 그 객관적인 그 자료를 해서 그렇게 수술을 하는 게 좋겠고요. 그리고 이 진료 이게 한 가지가 아니예요. 이게 병원마다 가면 이 기초검사부터 다 다시해요.” (집단 5, 남 5, 64세)

[48] “말 그대로 ** 병원[대학병원]이면 여기서 선생님이 좀 불편해도 그 **나 **에서는 제일 진료가 병원이 크고 진료, 이제 선생님들이 유명한 분이 많으니까 좀 별로 여도 간단 말이에요.” (집단 8, 여 1, 42세)

문제를 예방하려는 행동도 보였는데 [49]의 사례는 미리 문제를 예상하고 피할 수 있는 방향으로 의료기관을 선택하는 모습을 보였다. 단, 이러한 행동은 의료기관의 선택에 부담이 없이 자유로운 경우에만 활용할 수 있다. 이와 같이 소극적 유형의 대응에도 개인의 역량이 어느 정도 필요하다.

[49] “간단한 거는 당연히 동네병원 가는 게 나운데 삼, 대학병원을 찾아갈 정도면 그건 간단한 게 아니잖아요. 저 같으면은 제일 속 편하게 그냥 서울 아산병원 딱 가버리거든요. 거기가 중증도 환자도 가장 많이 오고 이러다 보니까 숙련도 잘 되어있고 좀 다른 데보다 이렇게 빠고 이런 거 없이 잘 처리를 한다고 하더라고요.” (집단 3, 남 5, 35세)

아예 대응하지 않는 유형도 있었다. [50]은 의사와의 관계에서 반복되는 미충족으로 인해 결국 기대 자체를 접어버리고 반응을 포기했다. 분명히 불만이 있지만 [51]과 같이 당시의 상황에 순응하고 의료이용을 지속하는 경우가 적지 않았다.

[50] “난 답답하지...보고 좋아지면 좋아진 건지, 나빠지면 나빠진 건지. 그런데 이제 기본적으로 의사가 환자를 대할 때 나를 담당한 의사는 이 환자의 마음을 읽고 말을 안 해주는 거야. (중략) 자꾸 묻는 것도 그만 뒤 버리고 내 스스로가 포기를 하게 되요. 나를 보고 아무 소리 안 하면 그런가 보다. 그런가 보다. 그러고 마는거야.” (집단 9, 남 5, 66세)

[51] “그래서 또 의사선생님한테 뭐라고 할라고 그랬는데 말은 못하고 지금 계속 하고 있어요.” (집단 8, 여 2, 47세)

나. 대응을 포기하는 이유

대응을 포기한 이유에 대해 대부분 직접 응답 할 때 미충족에 대응하기 위해 사용하게 될 시간, 감정, 비용적 에너지를 쓸 여력이 없거나 하고 싶지 않아서라고 설명하는 경우가 많았다. 그러나 구조적으로 의사-

환자 관계의 권력관계나 사회적 규범에 의해 대응을 포기한 것으로 보이는 사례도 다수 드러났다. 의사와 환자 관계에는 문제를 가지고 해결을 부탁하는 쪽과 지식과 기술을 가지고 해결을 해줄 수 있는 쪽이라는 기본적인 권력의 차이가 있다. 이와 같은 권력이 직접적으로 작용하는 경우는 [52]의 사례처럼 실질적으로 나와 가족에게 불이익이 올 것을 두려워하여 불만 제기를 포기하는 사례였다. [53]의 경우 권력 자체에 대한 인식과 불이익 모두를 표현하고 있다.

[52] “그리고 이 사람이 나를 열 마디 해 줄걸 앞으론 아홉 마디 밖에 안 해줄 건 아닌가, 그리고 약 처방을 안 해주거나. 이런 거는 정말 인륜적으로 하지는 않겠지만, 열 마디 해 줄 거를 아홉 마디 해 주고 이거 조심해야 돼요, 라고 말해줄 거를 빼먹고 말해준다던가 이럴 수도 있을 거란. 불이익이 어쨌든 있을 수도 있으니까 그런 것 때문에 설불리 얘기를 못하는 거죠.” (집단 8, 여 5, 35세)

[53] “그리고 또 우리가 솔직히 의사 앞에 가면 주눅 들잖아요. 난 무서워 갖고 주눅 들던데... 괜히 막 고분고분하게 대해야 될 것 같고... 그래야 더 치료 잘 해줄 것 같고 막.” (집단 8, 여 2, 47세)

직접 불이익이 올 것을 두려워하는 것이 표출되기 이전에 권력관계 자체의 구도로부터 발생하는 수동적인 반응도 있었다. [54]의 사례는 라식수술 후 관리에 대한 이야기를 제대로 듣지 못해 결국 시력이 훼손된 경우였는데, 의료이용 과정에서 문제가 발생했을 때 그 문제가 의사 쪽의 문제보다는 내 쪽의 무지와 잘못에서 비롯되었을 것이라고 인지하고 대응을 포기하는 모습을 보였다. 사후관리에 대한 충분한 설명이 없어서 문제가 생겼을 때 이들은 분명히 분노를 느꼈다고도 언급했지만 그럼에도 불구하고 충분한 설명의 부족이 아닌 자신의 무지를 탓하는 것으로 마무리 하고 말았다. 의사-환자 관계의 권력이 직접 표출되어 이를 인식하고 대응을 포기한 [55]나 [56]의 사례도 있었다. ‘겁이 나니까’라는 표현이 이 상황에 환자의 상태를 잘 드러내준다.

[54] “자기 불찰이... 이 그걸 불만을 가지고 있으면서도 그냥 자기 불찰이라고 하니까 자기가 잘못하긴 했으니까 그냥 그렇게 인정 그냥 한거지요 뭐...” (집단 8, 여 4, 59세)

[55] “그래도 지나쳤다, 라는 생각이 들더라구요. (중략) 겁이 나니까. 하라는 하라는 대로 해야 돼요.” (집단 5, 여 3, 72세)

[56] “저 우리도 그냥 가만히 있어야 되겠지? 뭐라고 하면 소리를 지르겠지? 내가 저는 아니 안 그래요. 그러면 그런 거라고! 하고 소리를 지를까봐 확인을 못하겠는 거예요.” (집단 8, 여 5, 35세)

사회적 규범에 의한 영향도 나타났다. 문제에 대응하는 것은 일상적인 의료이용 흐름에서 제동을 걸고 문제를 제기해야 가능한 일이다. 그러나 이미 대기실에는 다른 환자들이 오랜 시간 기다리고 있어 내가 문제를 일으키면 더 기다려야 한다면 의사나 간호사에게 대신 분노를 표출하는 것은 마땅하지 않다고 생각하는 등 행동을 취하는 것을 막는 여러 생각들이 나타났다. 이러한 행동에 대한 부담을 강하게 느끼고 심지어 [57]처럼 주변에서 만류할 경우 대응을 포기하기 쉽다. 한 사람에서 상황에 따라 다양한 대응방식을 보이기도 한다. 이 사례는 본인의 문제에서 본인의 무지를 탓하고 분노를 삭인 반면 어머니의 문제에서는 분노를 참지 못했다.

[57] “[본인이 겪은 일에 대해] 내가 미련한 거니까...이거 이제.”
“그때 저는 진짜 그 때 심정으로 막 울릴라고 했는데 또 엄마 모시고 또 엄마가 하지마 하지 마. 옆에서 계속 그러시니까. 또 집에 오니까 이렇게 옥했던 게 좀 가라앉잖아요. 또 이게... 그래서 아쉬워하면서 끝냈죠. 엄마 없었으면 아마 했을지도 몰라, 오히려 막... 그런데 엄마 때문에. 야야야 야, 그냥 가자.” (집단 8, 여 2, 47세)

사회적 규범 중 의료사고를 환자 측에서 이기기 어렵다는 인식이 강한 것도 대응을 포기하게 되는 요인이 되었다. [58]의 사례를 보면 자신

들이 직접 소송을 진행해본 것이 아니지만 주변에서 보고 들은 간접적 경험이 준거가 되는 것을 알 수 있다. 의사와의 대인 관계에서는 의사-환자 간의 권력관계가 대응 포기의 기제가 되었는데 제도적 차원에 대한 불만에 대응을 포기하는 것은 개인의 대응이 불가하다는 인식에서 비롯된다. [59]에서 언급한 ‘서민들’이라는 표현에서 제도라는 대상에 대해 개인이 인식하는 주체의 위치를 반영해준다.

[58] “그거 나중에 들리는 얘기가 폐가 뭐 어찌구 저찌구 찢렸는데 그거를 검사도 아무것도 안하고, 그러니까 그냥 방치해 두니까 거기서 갑자기 쇼크가 오더니 갑자기 죽었다고 그러더라고요. 그러니까 그런. 응, 그런 그러니까 개네들도 어떻게 보면은 그 의료사고가 아닌가 싶은데 그거를 뭐 이길 수 있는 방법이 없다고 그러더라고요...” (집단 7, 남 3, 38세)

[59] “하지 말라고는 안하는데, 특진받으라고 특진 하세요 그러면, 그럼 어떻게 안합니까? 하게 되는 거지. 그리고 의사를 바꿀 수가 없게 되는 거예요. 그러니까 그런 거는 정말 좀 이렇게 이런 모임을 통해서 개선할 수 있는 방법을 자꾸자꾸 말씀을 해 주시면 저희들이야 서민들이 뭐 그거 어떻게 합니까?” (집단 5, 여 4, 72세)

(3) 미충족의료의 다영역성

미충족의료에서 또 다른 한 축은 미충족의 영역에 관한 것이다(표 9). 의료필요의 영역과도 연결되는데, 어떤 종류의 의료필요를 가지고 있었느냐에 따라 그것에 대한 미충족이 서로 다르다.

표 9. 미충족의료 개념의 분석 코드와 범주(2)

범주		코드
미충족 의료필요의 다영역성	기본적 필요 영역	신체적 통증
		생존을 위한 기능
	정신, 심리적 필요 영역	불안함의 해소
		인간적, 감정적 교감
		주체적 선택
	규범적 필요 영역	의료기관과 의사에 대한 신뢰 예방적 조치(건강검진, 예방접종) 서울의 큰 병원(높은 질)

[60]은 가장 기본적으로 의료에 대한 필요는 물리적인 신체의 통증, 기능저하 등의 기본적인 필요영역에서 미충족을 느낀 경우다. 이 필요영역 중 근골격계의 통증이나 기능 저하와 같은 부분은 연령대가 높아지면 나이가 들어 어쩔 수 없으니 달래가며 살아야 한다는 생각으로 의료필요라는 인식에서 제외하는 경향이 생기기도 한다[61].

[60] “그런데 이게 막 숨이 막혀가지고 석션을 하면은 숨을 못 쉬는 거야. 아예 말을 못하니까. 막 이렇게 해도 간호원이 오하려 막 그냥 지나가요. 아니 이런 환자가 있으면 잡고 집중적으로 보살펴 줘야지... 그런데 전혀 아니야...그래서 뭐 이게 도살장도 아니고 말이야, 병원이 이런 데가 있나 싶더라구요.” (집단 9, 남 5, 66세)

[61] “세월이 지나니까 왼쪽 이 다리 뒤쪽이 막 찌릿찌릿 하게 아픈 거야... 그 어쩔 수가 없잖아요. 달래 가면서 사는 수밖에 없지... 그쵸?” (집단 2, 여 3, 70세)

의료를 통해 질병의 불확실함에 대한 심리적 불안함을 해소하고자 하는 필요도 매우 강하다. 예를 들어 [62]와 같은 경우는 오래 된 본인의 갑상선 문제를 숨기고 병원에 가서 피검사를 함으로써 더 이상 약을 먹지 않아도 된다는 사실을 확인 받고 싶어 했다. 안심할 수 있는 정도로 의사의 설명을 듣고 싶었지만 바쁜 의료 현장에서 기계적으로 돌아가는 진료방식 때문에 충족되지 못했던 경우도 있었다[63].

[62] “제가 아팠던 게 아니라 그런데 그렇게 해서 그러니까 이 병원 가서 검사 받아보고 괜찮다 말 듣고, 어 난 괜찮은 거야. 이 병원 가서 검사 받아보고 말 듣고 아 난 괜찮아. 이제 이렇게 되는 거죠.” (집단 6, 여 2, 31세)

[63] “제가 아파서 가고 선생님의 결정에 이제 모든 게 달려있으니까 그러니까 그러면 좀 뭐 오랜 시간 이제 듣고 뭐 안심하고 싶은 생각이 많

은데, 뭐 여건상 뭐 그냥 기계적으로 돌아가는 거에...” (집단 3, 남 3, 53세)

심리적인 것과 조금 다른 정서적 의료필요도 드러났다. 이 부분은 특히 의료진과의 상호작용 속에서 인간적인 교감과 관련한 미충족을 표현하고 있었다. [64]의 사례는 의사가 환자의 입장에서 보다 신중한 설명을 해주지 않는 것에 대하여, [65]의 경우는 너무 사무적인 태도로 환자와 보호자를 대하는 것에 대하여 아쉬움을 느꼈다.

[64] “의사 말 한마디가 환자한테 엄청난 고통을 줘요. 내가 지금까지 살아 와 보고 치료를 해 보니까, 그런 건 좀 신중히 의사 분들이 이제 이렇게 좀 응 좀 생각을 해 가지고 이렇게 해야 하는데 그냥 한, 던진 한마디가 사람은 환자를 아주 고통스럽게 만들어요.” (집단 9, 남 3, 65세)

[65] “그런데 그 그때 좀 이렇게 느낀 거는 아니 뭐 진단도 잘 해주시고 참 이렇게 시스템적으로는 되게 좋았는데 너무 다른 사람인 것 같아요. 의사. 같은 환자를 놓고 이제 가족이고 그분들은 이제 의료진이고 그렇기는 하지만 우리는 이제 너무 감정이입이 돼서 환자에 감정이입이 돼서 좀 감정적으로 하고 그분은 너무 사무적으로... 네, 그랬던 기억이 제일 좀 오래 남는 것 같아요. 네...” (집단 3, 남 3, 53세)

한편, 수술할 의료기관을 결정할 때 환자의 정서적 필요를 받아들이고 이를 반영한 치료방법을 사용하는 곳을 선택하는 [66]의 사례에서는 의료에서 환자에게 감정적 차원의 필요와 주체적 선택의 필요를 고려할 필요가 있다는 것을 보여준다.

[66] “그 결정은 어떤 결정이었냐면은 유방암이니까 절제를 해야 된다고 그러더라고요. 그런데 어머니는 절제는 절대로 못하겠다 라는 거예요. 그래서 저희 형제들이 이렇게 얘기를 했죠. 그런데도 절제를 못하겠다고 하는 거예요. 아 그거 좀 찢르면 어떠냐고, 살아야 되지 않냐, 이렇게 얘길 하니까 어머니가 너희들이 이 젓 먹고 자랐어, 라고 이렇게. 그러시더라고요.” (집단 6, 남 5, 42세)

[67]의 사례는 조금 독특한데 국가건강검진에 대한 필요는 신체적이거나 심리적인 것을 떠나 규범적으로 나라에서 권고하는 ‘해야 하는 것’이라는 의료필요에 가깝다. 또한 규범적인 의료필요라 하더라도 상대적인 박탈감으로 인해 미충족을 느끼고 있었다. 건강검진과 같은 예방적 서비스를 서울의 종합병원에서 쉽게 받지 못하는 시골의 상황은 일종의 미충족 상태를 보여준다[68]. 한국의 민간 종합건강검진은 규범적 필요에 더 가까운 국가건강검진보다 불안함의 해소나 건강증진을 위한 필요로 인식되는 경향이 있다.

[67] “사업주 과태료 식으로 좀 뭔가 지역가입자한테도 좀 그런 그렇게 독려를 해줄 수 있는 그, 그러니까 사업장 사업주한테 과태료를 무는 식으로 어떤 강제할 수 있는 걸 하면 좀 더 의료서비스 접근이 좀 더 좋지 않을까. 지역가입자한테도, 지역가입자들 분 많으시잖아요. 뭐 아무것도 안하고 너무 서운해 검진을 받던 말던 뭐.” (집단 3, 남 6, 44세)

[68] “그런 게 자식들이 서울 같은데 있으면 와서 검진하러 올라가고 시골에서는 그렇게 해서 받아보고 그렇게 해 갖고 병명이 나올 수도 있고 또 그렇게 하다 보면.” (개인 4, 여성, 61세)

의료필요 중에서 규범적 영역의 것으로는 의료이용 행태 중 잘 알려진 현상으로 서울의 대형병원에 대한 선호도 드러났다. 특히 지방에서 치료를 받고 결과가 좋지 않았을 경우 자녀들이 서울이나 더 큰 병원에 먼저 모시고 가지 않은 것을 후회했다는 언급이 많았다([69]). 이는 앞에서 설명했던 것과 같은 맥락에서 지방에 거주하는 사람들이 기본적으로 인식하고 있는 미충족 상태를 반영하는 것일 수 있다. 서울 안에서도 이러한 규범적 필요차원이 발견되는데 [70]의 사례는 가벼운 질병에 대해서도 동네병원보다 상급종합병원의 의료를 더 신뢰하는 것을 보여준다. 이 경우에도 병원에서 치료는 받았지만 본래는 큰 병원에 가고 싶었지만 예약 때문에 동네 병원을 가야 했다는 점에서 전문가적 기준과 관계없이

주관적으로 미충족을 느낀 셈이다. 이 사례는 거주지의 풍부한 의료 환경이 이러한 미충족을 표출할 수 있게 만든 것이기도 하다. 군 지역이었다면 가벼운 질병에 대해서는 큰 병원의 선택지를 고려하지도 않았을 가능성이 높다.

[69] “발음이 안 되고 말이 안돼서 그래 갖고서 계속 빨리 한 삼십 분 내로 **병원[지역의 상급종합병원]에 가 갖고서는, 거기서 **병원[서울의 상급종합병원]에서 이제 심장 치료하던 게 있으니까 차트 보고서 이제 MRI 찍으면서 거기다 약을 넣어 갖고서 한 네 시간 되니까 말이 되더라구요. 그러더니 또 몇 시간 지나니까 또 말이 안돼요. 그래서 애들이 아유 서울로 갈걸 그랬나 보다 하고 걱정을 하고.” (집단 4, 여 3, 78세)

[70] “근데 저는 사실 솔직히 이야기하면 큰 병원을 가야 되는데 날짜가 들어가기에 예약하기가 힘들어서 그냥 급하니까 동네병원을 가는 거예요, 임시적으로. 그리고는 예약 날짜가 오면 거기 가거든요. 근데 큰 병원 약을 먹어야 낫지 동네 것 먹으면 안 낫어, 그냥 급하니까 가는 거지. 그리고 치료도 좀 시원찮아 보이고 약도 그러고 그래서...” (집단 1, 여 2, 65세)

그렇다고 모든 집단이 서울의 큰 병원을 최고의 의료필요 충족 기준으로 삼는 것은 아니며, 집단에 따라 준거에 차이가 나기도 한다. 일반화할 수는 없겠으나, 강남에 거주하는 고령의 경제적 수준이 낮은 초점집단(집단 2)에서는 독특하게 큰 병원에 대한 선호가 동네 병원에 비해 떨어지는 경향을 보였다. 사전 질문지에 따르면 대부분 의사를 매우 신뢰한다고 응답했고 동네 병원의 의사가 전반적으로 친절하며 병을 잘 봐준다고 설명했다. [71], [72]의 대화는 큰 병원은 동네에 비해 복잡하고 검사는 많이 하면서 친절하게 설명해주지 않는다는 의견에 구성원 다수가 동조하는 것을 보여준다. 그 이유로는 우선 연령대가 높기 때문에 스스로의 건강이 더 나아질 수 있는 여지에 대해 젊은 집단에 비해 더 질 높은 의료기관에 대한 기대가 적을 수 있고, 경제적 수준이 낮기 때문에 의료이용에 소요되는 물질적, 비물질적 비용에 대한 부담을 크게 느낄

수 있다. 큰 병원은 시간과 비용적 부담은 더 크면서 동네병원에 비하면 상대적으로 설명이나 관계적 측면에서 친절도가 떨어지기 때문에 이와 같은 반응이 나타났을 것으로 보인다.

한편, 고령에 낮은 사회경제적 수준인 것은 같으나 거주지가 서울의 서남/강북 지역이었던 초점집단(집단 9)도 무조건 큰 병원을 선호하는 것은 아니었다. 그러나 꼭 동네병원을 신뢰하는 경향을 보이지도 않았다. 대신 거주 지역에 위치한 특정 공공병원을 선호한다는 발언이 각자 이유는 조금씩 달랐지만 여러 명에게서 나타났다([73], [74]). 두 집단 간의 차이는 각각 어떤 의료필요 상황이었는지가 달라서였을 수도 있다. 후자의 집단에서 전자의 집단보다 의료필요가 다소 큰 경향이 있었고, 그런 경우 [73]과 같이 개인병원에서의 불신을 표현하기도 했다. 물론 거주 지역 병원의 구성이 다르기 때문에 각기 주변에서 가용한 큰 병원과 개인 병원에 대한 인식이 다를 수도 있다. 그러나 여러 여건에 따른 차이에도 불구하고 고령과 낮은 사회경제적 특성을 지닌 집단과 그렇지 않은 집단은 선호하는 의료기관에 대한 규범이 다소 다르게 나타났다.

[71] “저는 혈압 때문에 내과 다니는데 나는 사실 병원 자체를 큰 병원이 더 불친절한 것 같아요(여 2 [69세]: 그래서 전 작은 병원 다녀요)(여 6 [73세]: 환자가 많으니까). (중략) 아, 내 왜... 그 한 2년 전에 갑자기 손가락이 무지무지하게 아리더라구요. 아무 그것도 없이 이게 야밤중에 그 래가지고는 그냥 **병원[상급종합병원]을 갔어요. 갔는데 이 손가락 아픈 사람을 드러눕고는 엑스레이 찍고 뭐, 하여튼 밤새도록 하여튼 뭐 끌고 다니면서 뭐 좌우지간 사진만 찍는 거예요. 손가락 아파서 갔는데... (여 7 [66세]: 큰 병원은 대부분 그러더라)” (집단 2, 남 1, 63세)

[72] “종합병원 가면 겁나요. 뭐든지 검사부터 해라 하니까. 그 돈도 그렇고, 부담되니까 그냥 우리 같은 서민은 그냥 개인병원을 많이 선호하고 있어요.” (집단 2, 여 5, 66세)

[73] “개인병원에 다녔다가 저도 실패를 본 경험이 많거든요. 그러고 엉뚱한 진료를 해 가지고 무려 삼 년 동안이나 병원 다니면서 약을 먹었

어요, 그런데 나중에 **병원[시립] 저기 뭐야 가 가지고 큰 병원에 가겠다 그러니까 갔더니 완전 판판 인거야. (남 4 [63세]: 부담이 없이.. 무조건 신뢰예요. 거긴) 그래가지고 6개월 만에 딱 고쳤어요.” (집단 9, 남 3, 65세)

[74] “그래서 어.. [강남의 **병원에서] 물어보니까 수술비가 뭐 100만 원이 넘는다 그래서 뭐 어 이거 **병원[시립]에도 있잖아요. 평소에 다녀왔기 때문에 **병원에서 한 번 더 해보자 그래서 갔어요. 갔더니 보시더니, 이거는 6개월에 한 번씩 이렇게 체크만 하면 된다. 수술할 필요 없다고 그래요. 아 그래가지고 어 이거 괜히 수술할 뻔 했구나.” (집단 9, 여 1, 63세)

2) 미충족의료의 요인과 기제

(1) 미충족의료 발생에서 개인적 요인

같은 제도의 영향을 받더라도 개인이 어떤 조건을 가지고 있느냐에 따라서 다양한 상호작용을 거쳐 의료필요를 더 충족하거나 덜 충족하게 되는 결과가 나타났다. 즉, 이러한 요인들은 미충족 기제의 일부를 구성한다. 질적 자료를 분석한 결과 이러한 개인의 요인에는 크게 경험 자체에 영향을 줄 수 있는 개인의 자원과 해당 경험을 미충족으로 인식할 것 인지에 영향을 주는 기존의 인식, 태도, 판단기준의 두 가지 유형이 있는 것으로 분석했다(표 10).

표 10. 미충족의료 기제에서 개인적 요인의 분석 코드와 범주

범주	하위범주	코드
미충족의료의 경험과 판단을 좌우하는 개인적 요인	개인의 자원	건강과 질병, 의료이용에 대한 배경지식
		의료필요를 인지하고 해결을 위한 정보를 습득하는 능력
		의료이용에 도움을 받을 수 있는 사회적 연결망의 존재-의료인, 가족, 직장
		의료이용에 정보 검색, 동행, 이동수단 제공, 돌봄 등을 제공할 수 있는 사회적 지지
		의료비 부담이 가능한 물질적(경제적) 여유
		인적, 사회적, 물질적, 지역적 자원이 종합된 시간 조정의 여력
	건강과 의료에	평소 자신의 건강에 대한 자신감이나 불안감

대한 기존의 인식/태도/판단 기준	건강의 유지에 관해 가지고 있는 본인의 신념과 의료의 역할에 대한 생각
	전반적인 병원에 대한 인상과 선호도
	의료(의료기관과 의료인, 의료 자체)에 대한 신뢰와 기대
	특정 유형의 의료기관에 대개 가지고 있는 판단과 선호도

가. 개인의 자원

개인의 자원은 의료이용과 경험하는 미충족의 양상에 중요한 역할을 했다. 기존에 알려져 있는 성별, 연령, 소득, 학력, 직업과 같은 요인 이외에 배경지식과 인지능력, 사회적 연결망과 사회적지지, 시간조정 여력이 추가로 나타났으며 각 자원 유형은 서로 독립적이지 않고 연관되어 있었다.

어떤 증상이 생겼을 때 어느 전문과목이 맞는지, 어떤 의료기관(또는 의사)이 좋은지 찾는 것은 그리 쉽지 않다. 일차적으로 주치의와 의료전달체계의 부재 등으로 인해 환자가 전적으로 알아서 선택해야 한다. 민간 중심의 의료기관을 충분히 공신력 있게 평가해주는 정보가 적기 때문에 상황은 더 어려워진다. 이때 인지능력은 전반적으로 의료필요의 미충족을 줄이는데 도움이 된다. 스스로의 증상에 대해 인식할 수 있고, 그에 맞게 필요한 의료의 종류를 파악하며 근방의 괜찮은 의료기관에 관한 정보 또는 소문을 수집할 수 있는 역량이 크다면 미충족을 줄일 수 있다. 인지능력은 일반적으로 학력과 관련되기도 하고 [75]에서처럼 인터넷 정보는 젊은 연령대에서 더 쉽게 습득하는 경향이 있다. 한편, 양질의 정보를 얻는 것은 사회경제적 수준, 사회적 연결망의 질과도 관련된다. [76]과 같이 사회적 연결망 안에 의료인 또는 관련 직종의 인맥이 있는 것은 이용 자체 뿐 아니라 정보 획득과 배경지식에까지 영향을 미칠 것이다.

[75] “그러면 이제 내가 병명이 뭔가를 이제 확인하죠. 요즘엔 인터넷이 잘 되어 있으니까 내가 뭐가 안 좋다 그러면, 아 내가 뭐가 이상이 있는데 하고 치면 짝악 나오잖아요.” (집단 6, 남 4, 49세)

[76] “그리고 가끔씩 아프면은 그 집안에 병원에 근무하는 사람이 있어가

지고요. 거기서 다 뭐 어떻게 어떻게 하고 이제 담배 끊고, 이거 이거 하지 말고 가만히 있으라고 그래요. 그래가지고 저는 신경을 거의 안 써요.” (집단 8, 남 3, 35세)

의료이용에 필요한 배경지식은 특히 새로운 문제가 생겼을 때 기존 지식이 의료필요 충족에 중요한 조건이 된다. [77]처럼 질병에 대한 지식은 의료필요의 여부를 결정하고 의료기관을 선택하는 데에 관련된다. 보험제도에 대한 지식, 공적으로 불만을 제기할 수 있는 방법에 대한 지식 등도 의료필요의 미충족에 관련된다. [78]의 경우 본인의 경력과 관련하여 건강보험심사평가원에서 의료비 심사를 요청하여 부당 청구된 금액을 돌려받을 수 있다는 정보를 기본적으로 알고 있었고, 스스로 의료이용을 본인이 알고 있는 의료체계 정보에 기초해 조절하는 모습을 보였다.

[77] “그런데 처음에는 대상포진인 줄 모르고 정형외과 가서 치료 실컷 받다가 대상포진인 줄 알았거든 (중략) 허리가 아프더라고.. 아 정형외과 나 가보자. 치료를 받는데도 안 낫아. 근데 한번은 보니까 이 등더리에 서 영 물집이 생긴 거예요. (중략) 딱 보더마는 등더리를 보더 만든 대상포진이라고, 주사한 대 맞으라고... 아이 나 주사 안 맞는다고...막 바로 피부과 갔지... 이제 즈그 아빠가 대상포진을 먼저 앓았으니까.” (집단 2, 여 2, 69세)

[78] “이제 병원을 이렇게 자주 다니다 보니까 내 나름대로 어떤 그 기준이 있어요. 수술비든 치료비든 어쨌든 백만 원 이상이 넘으면은 일단 이거는 심평원에다가 건강보험심사평가원에다가 내가 진료비 심사 청구를 해 가지고 내 돈을 돌려받는 것도 중요하지만은 그 병원들이 말하자면 특히 그 사설병원들은 더하죠. 틀림없이 거기에 그 발생을 해요. 중복 진료라던지...” (집단 9, 남 4, 63세)

의료이용에 대한 지식은 미충족을 줄이는데 기여하고 미충족 발생 시 해결할 수단이 되기도 한다. 그러나 [79]에서처럼 반대로 비교할 수 있는 능력을 높이기 때문에 생기지 않았을 수도 있는 미충족 발생에 기여할

수도 있다.

[79] “일본서는 그런 이야기를 안 하고 식이요법을 하세요 그러면서 어떤 뭐가 있다 뭐 뽀뽀렛도 주고 근데, 그냥 뭐 여기 오니까 무조건 뭐 드세요 그러니까. 이게 약 남용이 아닌가... 거기서는 권하지 않는 걸 한국에서는 그냥 바로 권하더라고요.” (집단 1, 남 2, 64세)

사회적 자본 중에서도 인간관계가 의료필요 충족과 미충족에 영향을 주는 요인으로 자주 등장했다. 알고 지내는 의료인의 여부는 거의 모든 그룹에서 중요하게 언급되었다. [80]와 같이 의료이용 중 문제 상황이 생겼을 때 물어볼 의료인이 있다는 것은 상당한 도움이 될 가능성이 있다. 특히 대학병원과 같이 대기시간이 길고 진료시간이 짧으며 입원실이 부족한 상황에서 [81]는 아는 의료인이 있는 경우 그 불편을 훨씬 쉽게 줄일 수 있다고 생각했다. 꼭 의료인이 아니더라도 [82]에서는 인맥을 통해 소개받은 병원 행정 직원의 도움으로 의료이용을 쉽게 할 수 있었다.

[80] “이걸 주위에 마침 친척 중에 의사가 있었어요. 내과 의사가. 경험이 좀 많으신 분인데. 막 화를 내시는 거야. 아니 그... 그... 애가 일단 해열제를 먹여가면서 어 하루 이틀 경과를 봐 가면서 이렇게 어 해야 하는 거지, 바로 뭐 이상 없다고 딱 요추천자를 한다는 게 말이 되냐 해가지고” (집단 3, 남 6, 44세)

[81] “그래서 대학병원 갈 때는 항상 이렇게 이렇게 인맥을 동원을 해가지고 수소문을 해서 그 우리가 받을 진료할 특진교수님을 아는 사람한테 이렇게 이렇게 해 가지고 손을 미리 써놓잖아요. (중략) 만약에 아는 사람을 통하지 않았으면은 이렇게 자세하게 설명을 해주지 않잖아요. 그래 가지고 소개해 준 사람, 소개해서 이렇게 한 사람한테 인사 다 하고 그렇게 남한테 피해를 주고서 그렇게 하고서, 우리가 정확한 진단을 받으려면 우리가 그렇게 해야 되는 거예요.” (집단 3, 여 2, 54세)

[82] “병원에... 그저 친절하게 해 주는 사람 있자나... 사무장 같은 사람.

그렇게 있을 때는 엄청 편하지 병실 같은 것도 다. (중략) 우리 동네 아는 분 아들이, 거 아들 소개로 왔지.” (개인 1, 여성, 53세)

이 자원은 의료이용 여부 자체에는 그다지 큰 영향을 주지 않을 수 있으나, 더 빠르거나 더 믿을 수 있거나 더 쉽게 더 많은 서비스를 받을 수 있게 해주는 것으로 보인다. 사람들이 보이는 [83]의 반응처럼 인맥에 의한 개입은 가시적이고 즉각적이며 전후의 차이가 명료하기 때문에 다른 자원에 비해 상대적으로 더 큰 박탈감을 보이는 것으로 보인다. 병원의 청소부라도 알면 도움이 된다는 표현은 아무리 영향력이 없을 것 같은 인맥이라도 여부에 따라 명확히 다른 점이 있다는 인식을 잘 표현해 준다.

[83] “아는 사람 연락을 받으면은 바로 글로 가는 거고, 아는 사람 없는 사람들은 돈 없고 돈 없는 것만 해도 서러운데 뻥 까지 없으니까 우리는 땅 파고 니는 죽으란 애긴데...(여 5[66세]: 그러니까 말이 있잖아. 병원에서 진짜 뭐 청소하는 아줌마들 뻥이라도 있어야).”(집단 2, 여 6, 73세)

의료와 관련한 인맥이 아니라 가족을 포함한 가까운 사회적 연결망은 [84]와 [85]의 사례처럼 의료이용에 직접적으로 도움을 받기도 하고 간접적으로 시간 조정을 도와주거나 책임을 덜어주는 역할을 하기도 한다. 가족관계는 반대로 책임을 늘려 여유시간이나 거동의 자유로움을 낮추기도 한다. 자신의 역할이 어린 아이를 돌보는 부모인지, 장성한 자녀를 둔 부모인지에 따라 사회적 연결망이 작용하는 방식이 정반대가 될 수 있다 ([86]). 즉, 사회적 연결망은 연령대, 배우자 유무, 함께 거주하는 가족구성원 등의 특성에 따라 효과가 달라질 것이다.

[84] “갈 때는 이제 아들이 오죠. 차 갖고 (중략) 예 그래갖고서는 딸을, 어떡하다 보니까는 같이 살게 됐어요. 애들 키워주고.” (집단 4, 여 3, 78세)

[85] “그때는 직장 다니다가 그만두고 나 때문에 인자 병간호 해줬지. 못 움직이니까. 우리 딸이, 이자, 치기공사 거든. 그때는 이자 그만두고 (중략) 아저씨는 인자 농사일이 바쁘니까.” (개인 1, 여성, 53세)

[86] “이제 저처럼 수술을 해서 병원에 오래 있어야 되면 전 주부잖아요. 애들도 그때는 어렸고. (중략) 그런데 그 때는 애들도 어리고 애들만 놔두고 대수술을 하자니 그래서, 그냥 계속 미루다가 재작년에 이제 많이 아파가지고.” (집단 7, 여 2, 44세)

기준에 ‘시간이 없어서’라는 미충족의료의 이유는 사실상 시간조정 여력이라는 개인의 복합적인 조건을 반영한다. 기존 연구에서는 보통 정규직, 학력이 높고 소득이 높은 경우 시간적 문제로 인한 미충족이 높다고 설명한다. 그런데 사람들에게 시간을 낼 수 있는 여력과 병원에 가기 위해 내야 할 시간이란 단순히 어떤 직업을 가지고 있거나 사회경제적 수준이 높을 때 많다고 일률적으로 설명하기 어려웠다. [87]의 사례는 시간 부족이 근본적으로는 돈의 부족에서 기인하는 것을 보여준다. 시간 부족으로 발생하는 미충족은 앞의 [86]과 같이 대개 본인이 일상적으로 해야 하는 일, 맡은 일로 인해 발생했다. 연령에 따라 주로 젊은 연령대의 사람은 직장에 취직한 상태이거나 어린 아이를 돌보아야 하는 상태 또는 둘 모두를 책임져야 하는 상황일 가능성이 높았다. [88]에서처럼 상대적으로 은퇴 이후의 높은 연령대인 경우 손자녀를 돌보는 경우가 아니라면 대부분 시간에 매이는 경우가 많지 않았다.

[87] “돈도 돈이지만 시간을 빼야 되는 데 우리 같은 사람은 솔직히 일을 하지 않으면 돈을 벌지 않잖아요. 그러면 나는 이 시간 뺄려면 또 다른 일[주문을 받아 POP 제작하는 일]을 그만큼 또 못하는 거예요. 어.. 그러니까 그것도 돈과 관련해서 시간과 관련해서 또 계속 주기적으로 오랫동안 치료해야 되는데 그런 여러 가지 시간 빼고 내가 일 못하고 이런 것들이 복합적으로 문제가 있는 것 같아요.” (집단 8, 여 1, 42세)

[88] “인자 아파도 바쁜 일 좀 해놓고 인자 가고 그랬거든 젊을 때는. 근

데 지금은 인자 아프면 바로 가요. 아프니까. 그리고 지금은 일이 많들
않으니까. 지금은 만날 놀고 그런 편이제.” (개인 2, 남성, 69세)

똑같은 시간을 낼 수 있는 상황이라도 [89]에서와 같이 갈 수 있는 병
원이 멀거나 이용할 수 있는 시간대가 정해져 있어서 가기 위해서는 더
많은 시간이 필요한 상황이라면 분명 시간을 낼 여력이 같은 상황이라도
시간 때문에 이용이 지연되거나 가지 못하게 되는 상황이 발생할 수 있
다. 더 많은 시간이 필요하게 만든 배경은 의료기관이 충분히 분포하지
않고 대중교통으로 소요되는 시간이 긴 지역적 특성이다. 이렇게 시간이
바쁘다는 이유가 만들어지기까지 시간적 여유 단독이 아니라 지역이나
이동수단이라는 자원이 상호작용한다.

[89] “**이라는 지역에 이제 병원을 가잖아요. 차가 있으면 40분에서 1시
간 걸리거든요? 차를 끌고, 내 차를 끌고 시속 80구간이기 때문에 80으
로 해서 가면 한 45분 정도 걸리는데, 버스가 있어요. 저희 **에서 어
뭘지 서울 **에 나가는 버스가 한대가 있는데 40분에 한 번이 와요,”
(집단 8, 여 5, 35세)

기존에 직업이나 고용형태는 소득 창출의 원천, 또는 계급적 의미로
사용되지만 미충족의료 연구에서는 앞의 [87]에서 보여주듯이 시간적 여
유와 관련된 요인으로 해석되는 경우도 많았다. 직장은 의료를 이용할
시간을 부족하게도 하지만 직장에 있음으로 인해 연결 가능한 의료자원,
예를 들어 [88], [89]의 사례처럼 의료이용에 도움이 될 만한 정보처나
인맥이 유지되고 직장의 의료복지, 직장건강검진을 이용할 수 있다는 점
에서 양 방향의 효과를 갖기도 하므로 해석에 주의를 요한다. 물론 고용
여부가 의료이용을 위한 시간 마련에 큰 영향을 미친다. 그러나 직장의
특성, 개인요인, 주변 의료자원의 상호작용에 따라 시간 마련에 상당한
차이가 날 수 있다.

[88] “회사 내에서 지금 직장을 다니고 있으니까는 그게 뭐든 정보라던

걸 이용할 수가 있는 거지, 그게 나왔을 때는 저게 또다시 그 쪽에서 이렇게 얘기를 들어줄까 그런 게 있죠. 음... 그런 게 크죠. 어떻게 보면 직장인들한테는.” “뭐 그 예를 들어 회사에서 이제 건강검진 같은 거 그걸 갔다가 하지 않습니까. (중략) 그런 게 좀 특별한 거겠네요. 정 저거 하면은 바쁘니까는 이거 어떡할까 그러면 부르라고, 거기서 이제 불러주면은 이제 차가 오더라구요.” (집단 3, 남 4, 55세)

[89] “그러니까 굉장히 신경을 써요. 과태료를 안 내야 되니까 막 전화와 어 일 년에 한 번 받으니까 내일 받으세요. 내일 받으세요. 메일로도 보내고, 그래서 의료서비스를 이용하는데 그냥 굉장히 자의든 타의든 꼭 받게 되는데 건강검진이나 이런 거를 퇴사하면 지역가입자가 되잖아요. 지역가입자는 그런 수단이 그냥 받던 말던 우편물 하나 나와 뭐하나 딱 오긴 오더라구요. 뭐 홀수 년 뭐 해가지고 받으세요.” (집단 3, 남 6, 44세 [퇴사 후 자영업 중])

이와 같이 소득은 직업과 관련되고 직업은 시간적 여유와 관련되며 동시에 사회적 연결망이나 다른 자원과 연결되어 의료이용을 방해하거나 지원한다. 직업의 배경에는 학력과 연령, 성별이 관련될 것이며 더 큰 조건에서는 거주지가 개인에게 주어진 중요한 미충족의료 요인이 되므로 한 이유 안에 여러 요인이 상호작용하고, 각각의 중요도나 우선도를 따지는 일은 매우 어렵다.

나. 기존 인식과 태도

과거의 직간접적 경험과 환경을 통해 형성된 건강과 의료에 대한 기존의 인식과 태도 그리고 좋은 의료에 대한 기대는 의료필요의 형성과 특정 경험을 미충족으로 인지하는 데에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타난다. 이 부분은 건강과 질병에 대한 것, 그리고 의료에 대한 것으로 구분해볼 수 있다.

일반적인 건강과 질병의 속성이나 스스로의 상태에 대해 가지고 있는 인식과 태도는 의료필요의 형성과 인지에 중요한 영향을 미친다. 예컨대 [90]에서처럼 특정 질환에 대한 유전성향을 인식하고 있다면, 이와 관련

된 증상에 예민하게 반응하고 주기적으로 검사하고자 하는 의료필요를 가질 수 있다. 또한 [91]의 사례처럼 술, 담배, 운동 등 생활습관이 좋지 않으면서 그로 인해 건강 문제가 발생할 가능성을 높게 인식하는 경우는 쉽게 의료필요가 생길 수 있고 건강검진에 대한 필요가 더 강해질 수 있다. 반대로 스스로가 건강한 편이거나 치유능력에 대한 자신감이 큰 것은 의료필요의 감수성을 감소시킬 것이다.

[90] “예민한 건, 제가요.. 집에 어른이 당뇨병이 있어가 그런 게 있고, 제 백씨 종씨 이 세 사람이 다 당뇨로 먼저 다 앞장세웠습니다. 제가. 그러다 보니까 난 당뇨라고 하면 내가 덜덜 떨립니다. 솔직한 말로.” (집단 2, 남 4, 72세)

[91] “제가 항상 뭐 건강한 행동만 하지 않아요. 뭐 운동 안하고 술 많이 먹고, 이제 담배피고 뭐 안 좋은 건 다 하다보니까 이제 그쪽에 좀 의지를 하는 거죠. 혹시나? 얼른 안 좋다고 그러면 막 바꾸기 위한. 그러니까 결론은 뭐 저기 소 잃고 외양간 고치는 이런 격인데 조금 이제 저는 그래도 이렇게 몸이 아프고 안 좋으면 병원을 자주 다니는 편이에요.” (집단 7, 남 1, 39세)

건강에 대한 불안감이 클 때 반드시 의료필요가 높아지는 것은 아니었다. [92]와 같이 오히려 문제를 알지 못한 채 지내고자 하는 동력으로 작용할 수도 있다. 이와 같이 의도적으로 필요를 깨닫지 않기를 바라는 마음은 [93]와 같이 어떤 이유에서든 큰 의료필요가 생겼을 때 느끼는 부담감이 클 때 야기될 가능성이 높다.

[92] “그런데 저 같은 경우에는 워낙 술을 많이 먹는 편이다 보니까 사실 가면 다른 뭔가가 나올까 봐서 사실 걱정이 많이 됐었죠... (중략) 그, 그거 있잖아요. 모르는 게 약이잖아요.” (집단 7, 남 3, 38세)

[93] “저는 항상 두려움이 제일 컸어요. 병원 가는 거. 아 그냥 내가 증상이 되게 가벼운데 알고 봤더니 되게 큰 거였던 거 아니야? 이런 거 있

좋아요. 큰 거 아니야? 괜히 무서운 거 있잖아요. 괜히 무섭고, 어 큰 거면은 어 돈이랑 시간이 또 들어가겠네? 이게 이차적으로 따라오는 거죠.” (집단 6, 여 2, 31세)

스스로의 노력으로 몸을 지키는 것이 바람직하다는 인식을 지니고 있는 [94], [95]와 같은 경우는 의료필요를 상대적으로 적게 느끼게 된다. 동시에 의료가 충족시켜주지 못하는 부분에 대해 이미 인정하고 있기 때문에 의료 결과에 발생할 수 있는 미충족이 줄어들 것을 예상할 수 있다. 이러한 건강신념은 의료가 언제나 좋은 것만이 아니고 모든 것을 해결해줄 수 없다는 의료에 관한 인식과 맞물려 나타난다.

[94] “가야지 싫어도 안 가는 이유가, 너무 불필요한 검사를 많이 하는 것 같고. 가며는 한번 가면. 그런 것들 때문에. 그리고 또 약의 독성이나 이런 것 때문에 웬만하면 자연치유를 해야겠다는 생각이 강해서 안 가고 있는 거죠.” (집단 1, 여 3, 62세)

[95] “그렇다고 수술을 한다고 해서 100% 낫는다는 보장 절대로 없어. 그러니까 내가 스스로 이제 근육 운동을 하면서 그렇게 건디는 수밖에 없어요. 그렇게 달래가면서 사는 수밖에... 그게 대답이에요.” (집단 2, 여 3, 70세)

의료에 의존하는 정도에 따라서도 미충족에 영향을 받을 수 있다. [96]와 같이 의사의 도움보다는 스스로 잘 관리해야 한다는 인식이 있으면 의료필요를 덜 느끼게 될 것이며, 의료가 할 수 있는 범위에 한계가 있다고 인식하는 사람은 의료가 모든 문제를 해결해줄 것이라 기대하는 사람에 비해 필요가 미충족 되었다고 판단하지 않을 가능성이 높다.

[96] “자기 체질도 자기가 켈 잘 알으니까 좀 그런 것도 본인이 알아서 하고. 무조건 그렇게 해놓고 의사가 그랬다고 하고 나서 의사들 뒷전으로 나쁘다 좋다 욕할 필요도 없고 그렇지 않아요?” (집단 5, 여 8, 77세)

의료에 대한 인식과 태도에는 의료기관과 의료인에 대한 것을 포함한다. 건강과 질병에 대한 인식과 마찬가지로 지금까지의 직간접적 의료경험으로 구축된 의료에 대한 인식이 중요한데, 어떤 경험을 추가로 하게 되느냐에 따라 의료에 대한 인식과 태도는 얼마든지 바뀔 수 있어서 큰 질병경험 여부에 따라 변동성이 큰 항목이라 할 수 있었다. [97]의 사례와 같이 위중한 질병으로 의료를 이용해서 불편이나 불만이 있었다고 하더라도 결국 생명을 구할 수 있었던 사람은 불편이나 불만보다는 고마움과 신뢰를 더 강하게 인식하고 있었다.

[97] “지금까지 저는 살면서 현대 의학이 아니었으면 저 세상 사람이요. 지금까지 살지를 못해... 십만 명 중에 어 한 명 걸리는 그런 희귀한 병도 걸려봤어요. 남자가 걸려야 할 병이 아닌데... 그리고 이렇게 살아 있어. 그래서 난 의사를 참 고맙게 생각하고, 어... 음... 신뢰를 많이 해요.” (집단 9, 남 3, 65세)

의료의 효용에 대한 인식은 의료필요와 이용정도에도 영향을 미칠 수 있는데, 의료에 대한 기대가 절대적이고 큰 사람이 있는 반면, 의사의 한계를 인식하는 사람도 있었다. [98]는 특별히 더 뛰어난 의사라는 것이 없으며 어느 선택을 하더라도 비슷할 것이라고 인식하고 있었고 의사에 따라 진료비를 다르게 받는 특진제도에 대해 반감을 가지고 있었다. 같은 맥락에서 큰 의료기관의 의사가 작은 의원내과 의사와 별 차이가 없고 오히려 검사와 비용이 많이 드는 종합병원보다 의원급을 선호하고 만족하는 모습을 보였다. 이와 같은 인식은 종합병원을 선호하여 의원급을 이용하며 미충족을 느끼는 경우와 대조적이다.

[98] “그런데 아무 그냥 뭐 저 혈압 때문에... 그리고 입원하고는 뭐 약만 쥐어주고는 며칠 있다가 퇴원을 시키면서 음... 그냥 저 저 출퇴근해서 해도 된다고 그래가지고 한 삼 개월 다녔는데 계속 다른 이야기도 안하고 그냥 혈압만 재고는 뭐 약만 주고 똑같애. 그러고는 결국은 개인병원으로 내려가라고... (중략) 그런데 저는요. 저 뭐 불신하는 건 아니지만

명의라는 건 없다고 생각해요. 다 거기서 거기에요”(집단 2, 남 1, 63세)

이와 유사하게 의료인과 의료기관의 행태가 구조적 문제로 인한 것이라는 이해가 있는 [99]의 경우에는 보다 중립적인 태도를 취하며 의사 개인에게 돌리는 불만이 어느 정도 완충되는 듯 보인다. 동시에 의료계의 상황에 대한 지식이 많아 의료경험으로부터 문제를 발견해낼 가능성도 높은 것으로 보였다.

[99] “친구[국립병원 부원장]한테 내 그 얘기를 했더니 아니 **, 국립병원은 그렇게 할 필요가 없다. 의사들이 뭐 자기들 진료에만 최선을 다하면 되는 거지 많이 수익 내고 뭐하고 했다고 표창 받을 일도 없고 의사로서 히포크라테스 정신만 그대로 발휘하면 될 거다. 그런데 사설병원은 거기에서 자유롭지 못하다.” “[병원급에서 건강검진 후] 진짜로 자기들이 [환자를 생각해서]말하는 것 같으면 대학병원을 가라, 라고 하는 것 같으면은 그래도 점잖은 편이고 큰 병원에 가서 저 한 번 정밀 촬영해보시라고, 아니면은 이제 거기서 뭐 이것 좀 해보자 하던지 어쨌든 그렇게 얘기하는 것 같으면은 이거 요즘들 또 속셈을 또 드러내는구나. 뭐 이제 그렇게 내가 현재 생각을 하고 있고”(집단 9, 남 4, 63세)

의료와 행정을 분리하여 인식하고 의료는 신뢰할 수 있지만 행정을 믿을 수가 없다고 생각하는 [100]와 같은 경우도 있었다. 그러나 사실 큰 의료기관은 의료와 행정이 분리된 측면이 있으면서도 의료인이 행정의 영향을 받을 수밖에 없고, 심지어 의원급의 의료기관은 의사 자신이 의료 제공자이자 운영자이기도 하므로 이러한 인식은 실제의 구조와는 괴리된 것이다. 그럼에도 이러한 언급을 하는 데에는 의료의 상업성을 인지하면서도 여전히 의료의 전문가주의적 규범을 기대하는 것으로 보인다.

[100] “병원에서 이 임원을 하라는 거는 병원에 어떤 그 영업 이익을 위해서 권장하는 것 아닌가 하는 그런 생각을 했었어요, 그전에. 근데 제

가 두 번 그냥 넘어지고 나서부터는 아주 신뢰를 하게 됐죠. 병원이 그게 아니구나. 그래서 분명한 건, 행정, 병원의 의료진과 의료진은 정말 신뢰가 갑니다. 그런데 병원의 행정은 못 믿겠어요. 그 사람들은.”(집단 1, 남 3, 71세)

의료기관의 유형에 따라 다른 각기 특성을 가질 것이라 생각하는 경향도 드러났다. 특이할만한 점은 서로 상반되는 경우를 포함하여 다양한 평가가 혼재되어 있다는 것이다. 이를테면 대학병원에 대해 지니는 신뢰와 대학병원도 나름이라는 인식, 검사만 많이 하고 기다리기만 하면서 결과는 시원치 않은 곳이라는 생각 등이 복합적으로 표출되었다. 개인병원도 장사치라는 인식부터 동네 주민에게 그렇게 안할 사람들이라는 인식까지 다양했다. 공공병원의 경우는 평가하는 차원이 조금 다르기는 하지만 수익성을 추구하지 않으므로 신뢰할 수 있다는 시각이 있는 반면(집단 9) 질이 떨어지고 영세민이 드나드는 곳으로 보기도 했다([101]). 초점집단에 따라 어떤 관점을 공유하는 것처럼 보이는 경우도 있었다. 앞에서 고령의 낮은 경제적 수준 초점집단이 개인병원에 높은 신뢰를 보인 것과 비교할 때 [102], [103]과 같이 연령대가 낮고 경제적 수준이 높은 집단에서 개인병원에 대해 신뢰하지 못하는 경향을 보였다. 의료비에 그리 부담을 두지 않는 집단에서는 그러한 제한 없이 높은 의료기대 수준을 설정하거나 여러 의료기관 선택지를 두고 비교할 여지가 있기 때문에 같은 의료필요에서 개인병원보다 종합병원에 선호를 둘 수 있다.

[101] “일전에 *[시립병원] 한 20년 전에는 거기 사람 죽는다고 맨날 다 죽는다고 그래서 소문났던 데예요. 거기야. 그래서 우리 동네 가까운 데 보라매 병원은 안 갔거든.”(집단 6, 남 4, 49세)

[102] “개인병원은 어 우리가 잘못 가면 엄마들 다 그렇게 얘기하잖아요. 호구된다고 그러잖아요.” (집단 3, 여 2, 54세)

[103] “저는 종합병원을 좀 불만이 많으면서도 종합병원을 가는 편인데 웬만하면... 집 주변의 일반 병원들이 사실은 라이선스는 있는 선생님들

도 자기 소신을 가지고 진료하는 것 같지가 않다는 느낌을 받은 적이 있어요.”(집단 3, 남 3, 53세)

의료기관의 유형이 아니라 한 병원에 대한 인식이 집단의 특성에 따라 달라질 수도 있다. 경기도의 낮은 연령대의 두 초점집단의 사례([104], [105])는 소득수준이 높고 낮음에 따라 지역에 하나 있는 병원에 대한 평가가 다소 다른 것을 보여주었다. 소득수준이 높은 초점집단의 경우 참여자 대부분이 나쁜 평가를 내린 반면 같은 지역의 소득수준이 낮은 초점집단에서는 괜찮다고 여기거나 소문은 들었다고 했지만 논의하는 내내 해당 병원을 문제 삼는 발언 자체가 나오지 않았다.

[104] “(남 1 [39세]) ** 병원밖에 없는데” “(여 2 [44세]) ** 병원이 말이 많아...” “(다같이) 그렇죠?” “(남 1) 이게 **[지역] 분들은 다 그 얘기에요.” “(여 2) **는 갈 데가 없어서 글로 가는 것 같아요.” (집단 7)

[105] “[같은 병원에 대한 이미지를 물었을 때] 전 좋던데요?” (집단 8, 여 6, 42세)

다음 사례들처럼 병원 자체에 대해 가지는 인식이 병원균이 득실거리는 곳이라거나 아프게 하는 불편하고 무서운 곳과 같이 부정적인 경우에는 같은 필요가 있을 때 상대적으로 이용을 자제하게 만드는 요인이 될 수 있다([106]).

[106] “전 그냥 분위기? 아까 얘기했지만 분위기 자체가 병원에 대한 어렸을 때 그 느낌이 어떤 그게 안 좋아서 안 가게 돼서.” (집단 6, 남 5, 42세)

고령층의 경우 [107], [108]과 같이 과거의 의료수준과 이용 정도에 비해 현재의 수준은 급격하게 향상된 상태로 인식하기 때문에 웬만한 의료 이용 경험에 대해 만족하는 경향을 보였다. 이는 미충족이 의료에 대해 지니고 있는 기대치와 기존의 경험에 따라 상대적으로 평가된다는 점을

시사한다. 따라서 미충족의료를 측정하고자 할 때 의료에 대한 기대치와 경험해온 의료수준도 고려할 필요가 있다.

[107] “나아졌지. 많이 좋아졌지. (중략) 공짜로 지어줘 거기. 65넘은 사람들은. 돈 십 원도 안 받고, 금계 또, 뭐 또 그럼 또 미안 허더라고. 다 900이고 뭐고 받고 해야지 900원도 안 받고. 그냥 가서도 된다고. 어르신들은 그냥 가서도 된다고. 아고 그냥 수고하셨다고 고맙다 그러고 나오지. 쏘끔 썩스럽긴 하더라고 허허허 돈 안주고 나올라니까. 지금은 우리나라 살기 좋잖아요.” (개인 2, 남성, 69세)

[108] “친절하시고, 어어, 옛날하고. 큰 병원은 잘 애용을 잘 안 하는데 조금 이렇게 개인병원 있잖아요. 의사 분들은 전부 친절해요, 친절하고, 대답도 잘해주시고.. 약도 요새는 종류가 너무 많잖아요. 약도 적절하게 잘 쓰시는 것 같더라고.” (집단 2, 여 3, 70세)

의료경험을 하면서 미충족으로 판단하는 데에는 그 의료를 이용하기 위해 들어간 에너지, 기존에 가지고 있던 기대와 실제 경험 사이의 차이가 중요하다. 최근 여러 실증연구를 통해 그렇지 않다는 주장이 제시되고 있고 어떤 종류의 서비스인지와 맥락에 따라 달라지겠으나, 여전히 심리학계에서는 만족과 불만족이 기대와 실제 경험을 통한 인식의 차이 함수로 보는 설명이 주류다. [109]는 대학병원에 가면 개인 병원에서도보다 더 명확한 원인을 알게 되고 설명도 더 잘 듣게 될 것이라 기대했고, [110]는 유명한 병원이라는 소문에 평균 이상의 좋은 진료를 받고 나올 수 있을 것이라 기대했지만 실제 경험으로는 기대를 충족하지 못했다.

[109] “제일 화가 나는 거는요. (중략) 나한테 1분도 설명을 안 해줘요. 막 열이 받더라구요. 큰 대학병원을 가는 이유가 좀 더 디테일한 설명을 듣고자 내가 이게 왜 생겼는지 알고 싶어서 몇 개월을 기다려서 간 건데 (중략) 나는 돈을 다른 병원의 몇 배를 주고 가서 기다리고 기다려서 잠깐 봤는데” (집단 8, 여 6, 42세)

[110] “그보다 더 그전에 유명했던 제일 큰 병원이 있어요. 의사선생님이 이 환자를 제대로 쳐다보지를 않는 거예요. 저도 저는 이제 보호자 입장에서 모시고 갔는데 너무 진짜 열 받는 거예요. 이 양반은 저 저기 시골에서 그냥 큰맘 먹고 우리 집 모시고 와 가지고 제가 이제 여길 갔었는데” (집단 4, 여 1, 67세)

한편, [111]의 사례와 같이 본인이 경험했던 의료가 충분한 것이었는지 아닌지 기대치 형성이 되어있지 않아서 판단하기 어려운 경우도 있다. 환자가 언제나 어떤 기대치를 가지고 있는 것이 아니라 주어지는 대로 의료를 이용할 준비가 되어 있는 수동적인 환자역할을 하는 경우도 많다는 것이다. 이는 미충족을 단순히 기대와 경험 사이의 차이만으로 볼 수 없다는 것을 보여준다. 고령의 저소득 집단(집단 2)의 참여자 간의 대화([112])에서도 비슷한 반응을 보였다.

[111] “(여 7 [34세]: 받았는데도 뭘 잘 받았는지 뭘했는지 몰라요.) 그 병원을 자주가면 같은 병으로 자주가면 그런 애길 저기 할 수 있는데 딱 한 번 했는데 의사가 해주는 대로 하는 거죠.” (집단 6, 남 4, 49세)

[112] “(진행자: 큰 병원 갔으면 요거 말고 더 좋은 치료를 받았으면 더 나았을 텐데 이랬던 적은...?) 뭘 알 수가 있어야지... (모두: 그러니까...) 경험을 해봤어야 알지...(남 1 [63세]: 그런데 이거는 의사의 양심에 달린 거지 사실은) 우리는 의사만 믿는 거지 뭐... (여 2 [69세]: 우리는 병원, 환자는 의사만 믿는 거지 뭐.)” (집단 2, 여 6, 73세)

(2) 미충족의료 발생에서 사회적 규범과 문화 요인

개인적 조건을 넘어 사회적 요인도 사람들의 의료필요 형성과 미충족의 판단에 영향을 미친다. 사회적 규범과 문화는 보건의료 제도 못지않게 의료이용 전 단계에서 모든 사람들에게 공통적으로 작용하는 무형의 힘이다. 특히 직장과 가정에서의 규범은 책임감으로 작동하여 여러 종류의 미충족을 유발할 수 있다(표 11). 대개는 직장이나 가정에서의 책무를 다하기 위해 본인의 의료필요를 충족하기 위한 충분한 시간이나 비용

과 같은 자원을 소비하지 못하는 것과 관련된다. 이것이 의식적으로 작동하면 이용 지연이나 미이용으로 드러날 수 있지만 무의식적으로 작동하여 의료필요 자체에 대한 평가를 축소하여 의료필요의 미인지로 감추어질 수도 있다.

표 11. 미충족의료 기제에서 사회적 요인의 분석 코드와 범주

범주	하위범주	코드
사회적 문화 요인	노동자 규범	개인보다 조직의 운영과 성과가 중요함
		건강문제에 대한 직장의 문화
		다른 조직원에 피해를 입히는 것에 대한 인식
	젠더 규범	양육과 가사에 대한 여성의 책임
		가족 구성원의 의료이용과 돌봄에 대한 책임
		남성의 강인함에 대한 규범

한국사회에서 직장의 노동자 규범은 한 가지는 개인에 비해 조직의 운영과 성과가 중요하다는 방향으로, 그리고 다른 한편은 조직의 눈치를 보기보다는 개인이 공적으로 맡은 일을 완수해야 한다는 책임감이 작용하기도 했다([113], [114]). 개인의 문제에 비해 조직의 운영을 중요하게 여기는 것에는 단지 조직이 우선한다는 규범보다도 주변 사람에게 본인의 일을 떠넘기게 되거나 본인의 부재가 다른 조직원에게 피해를 입혀서는 안 된다는 규범으로 유지되는 것이다. 초점집단에 따른 경험을 들어 보면 조직의 눈치를 보는 규범은 개인의 경제적 상황이 좋지 않을 경우 직장을 유지해야 한다는 부담 때문에 강화될 수 있었던 반면, 개인의 책임감으로 인한 부분은 반드시 경제적 상황과 관련되지 않는 않았다. [115]에서 이야기하는 것처럼 최소한 조직 내에서도 직급이 높거나 조직 자체가 건강 문제에 관하여 관대한 문화가 영향을 미치는 것으로 보인다.

[113] “한의원에 가서 침을 맞고 이러면 좀 빨리 나올 거를 알지만 시간을 빼는 게 회사에서 말하고 나오면은 너무 회사가 바쁘니까 눈치가 보여서 사실 돈이 문제가 아니라 돈도 돈, 돈 문제는 2차적인 거구요. 시간을 빼고 사람들한테 내가 아쉬운 소리를 하고 나오면 다른 사람이 저 때문에 야근을 해야 되는 상황이 발생할 수 있고 뭐 이런 것 때문에 사실은 결국은 못 갔어요.” (집단 8, 여 6, 42세)

[114] “회사에서 뭐 눈치 주는 것도 아니고 잠깐 나가서 정 나가고 싶다 그러면 한 네 시간 움직여야 되겠다 그러면, 두 시간째 외출 딱 끊어서 입력시키고 나가면 되는거죠. 그런거는 뭐... (중략) 지금도 아직 다음 주 까지 이번 달 말까지 일이 있는데 일인데 지금 저 거 가서 이걸 맞아야 되는데 이려고 하루 웬 종일 있으니까는...” (집단 3, 남 4, 55세)

[115] “어떤 직책이 올라가게 되면 여유가 있으니까 나 잠깐 나갔다 올게 하고 병원 갈 수도 있는 거죠. 그렇지만 어떤 통제를 받는 입장이다 보면 그렇게 쉽게 나갈 수가 없죠. 그러면 또 월차 낸다고 그러는데 월차는 또 그렇게 쓰기엔 좀 아깝고, 솔직히.” (집단 6, 남 4, 49세)

가정에서의 규범은 젠더 규범과도 상당부분 겹치는 것으로 나타난다. 대개 여성에서 낮은 연령대는 어린 아이의 양육 책임에 관련하여, 그리고 높은 연령대는 조손자녀의 양육 책임에 관련하여 의료필요의 충족과 충돌하는 모습을 보였다. 예를 들어 [116]의 사례는 통증으로 인한 수술 필요가 있었지만 아이들에 대한 양육 때문에 쉽게 이를 결정하지 못했고, 수술 결정에서 남편의 의견이 매우 결정적으로 작용하는 것을 볼 수 있었다. [117]에서는 조손자녀를 돌보느라 시간을 내지 못하여 치료를 하지 못하는 상황을 볼 수 있었다. 참여자는 조손자녀를 돌보게 된 이유를 아들이 경제활동을 담당해야 하기 때문에 본인이 손자를 돌봐야 한다고 설명했다. 이러한 책임의 심층에는 경제적 문제가 자리 잡고 있는 듯 보였지만 의료비의 부담 때문이 아니라 가정 내 역할의 분담이라는 규범이 함께 작동하고 있는 것이다.

[116] “이제 저처럼 수술을 해서 병원에 오래 있어야 되면 전 주부잖아요. (중략) 그때는 애들도 어리고 애들만 놔두고 대수술을 하자니 그래서, 그냥 계속 미루다가 재작년에 이제 많이 아파가지고 그런데 그때도 수술할 생각은 아니었고, 그냥 일단 가서 원인이나 알아보자 그래서 이제 왔는데, 애 아빠가 그냥 이번 들어 온 김에 입원해서 수술해라 그래가지고 했어요.” (집단 7, 여 2, 44세)

[117] “제일 큰 게 돈이지 뭐. 저도 여기 수술해야 돼요, 여기 힘줄 튀어나왔는데 이거 하면 돈이니까 못가는 거지. 보험 되긴 한데, 애기가 손자가 있어요, 그래서 그것도 있고 미루게 되는 거지. (중략) 아들도 먹고 살아야 되니까 돈 벌어야 되니까, 내가 하니까, 꼭 해야 되는데 계속 이렇게 있는 거지, 아프진 않아요. 아프진 않은데 꼭 수술해야 되는데 못하고 있는 거지, 제일 큰 문제는 돈이고, 그 다음에는 손자 때문에, 걸려요.” (집단 10, 여 1, 63세)

또한 어린아이의 의료필요에 대한 일차적인 책임이 부모, 특히 어머니에게 있고, 며느리나 딸이 나이 든 부모의 의료이용을 돕는 경우가 흔해 여성은 보호자와 돌봄 책임자로서 본인의 미충족 뿐 아니라 자녀와 부모에 관련된 미충족을 동시에 경험하는 주체였다([118]-[121]).

[118] “나는 인제 애기를 키워야 되다 보니까 소아과를 많이 이용을 하는데요. (중략) 여기서도 이제 밤에는 응급실 아니면 못 가잖아요. 그러기도 하고 우리가 다니는 병원은 애들이 별안간 아프지 예약을 하는 게 아니잖아. 그런데 예약을 안 하면 3시간을 기본적으로 기다려요. 그니까 그런 것들이 정말 너무 불편하지요.” (집단 1, 여 3, 62세)

[119] “나는 친정엄마가 지금 90이 넘으셨는데 정말 머리끝부터 발끝까지 각종 병을 다 이케 앓으셔가지고 이제 그걸 100프로 케어를 하다보니까” (집단 1, 여 2, 69세)

[120]의 사례는 중년의 여성에서 명절에 가족 행사를 챙겨야 하는 책임으로 인해 의료필요를 참고 기다린 경우였다.

[121] “제가 금년 구정 때, 저희 남편이 장남이거든요, 차례를 모셔요. 음식을 준비하다 보니까, 많이 힘든데, 그 전날부터 어깨가 좀 오른쪽 어깨가 아프더라구요, 그래서 겨우겨우 밤에 자고, 아침에 차례를 모시는데 들 수가 없으니까 못 움직이는 거야. 동서랑 며느리랑 아침식사를 하고 빨리빨리 가라고 하고, 응급실에 갔어요.” (집단 10, 여 3, 65세)

남성에서는 반대로 아프거나 의료에 의존하는 것은 약한 것이라는 규범으로 인해 의료 필요에 대한 인식이나 판단이 축소되고 의료이용 자체도 과소이용하게 되는 결과를 초래할 가능성이 있다. [122]의 경우 마초적 기질이 강한 남성에서 치료에 너무 의존적이지 않으려는 모습을 보이려고 한다면, [123]의 사례에서처럼 남자아이는 처음부터 아예 여자아이에 비해 덜 아프다는 인식이 결국 의식적, 무의식적으로 의료필요를 과소평가하게 만들 수 있다.

[122] “특히 남성들이 그런 것 같아요. 남성들은 뭐 조금만 괜찮아지면은 마초 기질이 있으신 분들. 아 괜찮어. 다 괜찮네. 약을 타고 와서도 어? 약만 봤는데 나왔네? 약을 안 먹는 거예요. 그런데 사실은 그게 좋지만은 않은 것 같더라고요.” (집단 6, 남 4, 49세)

[123] “뭐 저도 애를 지금 이제 중학생, 하나는 중학생이고 하나는 초등학생이다 보니까 그래도 병원 갈 시기들은 많이 지났거든요. 그런데 작은애 같은 경우는 이제, 이제 남자애다 보니까 덜 아프더라고요.” (집단 7, 남 1, 39세)

3) 미충족의료 발생의 제도적 배경과 기제

한국 사람들의 의료필요 미충족에서 가장 근본적인 구조적 원인은 보건의료제도와 정책일 것이다. 이는 사람들에게 의료필요가 생겼을 때 의료를 이용하는 과정 전부에 관여되고 구조로서 모든 사람에게 어떠한 힘을 지속적으로 행사한다(표 12). 초점집단에 따라 이러한 구조가 직접적으로 언급되는 종류가 공통적인 부분도 있었고, 일부 그룹에서 더 두드러지는 부분도 있었다.

표 12. 미충족의료 기제에서 제도적 배경의 분석 코드와 범주

범주(일반용어)	하위범주	코드
의료 전달체계의 부재	상급의료기관으로의 환자 집중	긴 외래/예약 대기시간과 상대적으로 짧은 진료시간

		응급실 과밀로 인한 대기의 불편함
		입원실 부족으로 인한 불필요한 의료비 지출
		적절한 급의 의료기관을 선택하지 못함
		상업적 의료 유인 발생
	의료기관 이용에 제한 없음	신뢰할 만한 의료기관 찾기의 어려움
	환자가 신뢰할 수 있는 일차의료 단계의 부재	적합한 전문 과목 선택의 어려움
	정보제공 부족	공적 정보 시스템의 불충분함
		상업적 정보 과잉
의료보험제도의 한계	비급여 항목의 부담	과도한 의료비로 인한 경제적 측면의 미충족 발생
		민간의료보험(실비) 가입의 이유
		상업적 의료행위의 배경
	공공/민간 의료보험의 혜택	과도한 의료비로 인한 미충족의 해소
의료자원의 분포	보험제도의 규제	더 고급의 서비스를 받고자 하는 욕구의 미충족
	의료필요에 부응할 수 있는 기관 부재	산부인과, 소아과 등 필수의료과목 부재로 인한 타지역 이동의 불편함
		큰 질병을 해결하기 위한 타지역 의료기관 이용의 불편함
		타지역 의료기관을 이용하는데 대한 심리적, 물리적 부담
	휴일과 야간 진료 기관 부족	휴일과 야간에 의료필요 발생 시 응급실 이용으로 인한 불편과 의료비 부담
	지역 내 충분한 역할을 하는 의료기관 부족	지역 내 큰 의료필요 해결을 위한 의료기관의 부재
의료기관의 질 문제	지방 거주민의 지역 의료기관 질에 대한 불신	의료진의 실력에 대한 불신으로 생기는 미충족과 타지역 의료기관 이용
		의료시설의 낙후로 인한 불신으로 타 지역 의료기관 이용
		의료기관 간 진단과 치료방법의 차이로 인한 불신으로 여러 의료기관 이용
	의료기관 간 질의 차이로 인한 불신	의료기관 선택의 어려움으로 연결됨
의료기관 간 연계의 부족	의료기관 간 검사결과에 대한 불신	반복적인 검사시행으로 인한 불필요한 의료비와 자원 소모

먼저 사람들이 의료필요를 인지한 후 가장 먼저 부딪치는 종류의 문

제는 의료기관 찾기의 어려움과 정보의 부족함이었다. 한국의 의료공급 체계는 민간의료가 대부분을 차지하고 병의원의 선택에 제한이 거의 없으며 의료기관의 질에 대한 공적으로 인증된 정보를 얻기가 쉽지 않다. 의료기관을 선택하는 문제는 고스란히 환자의 몫으로 남겨지기 때문에 부담을 온몸으로 떠안게 될 수밖에 없다. [124]의 ‘덜컹 가슴이 내려앉지’라는 표현은 이와 같은 상황의 부담감을 반영할 것이다. 이러한 상황에서 정보의 홍수와 신뢰할만한 정보의 부재는 큰 병원의 유명함에 의존하게 될 가능성을 높이게 된다([125]).

[124] “그 병에 딱 걸리면 어, 뭐 어떤 분야에는 어떤 선생님이 켈 유명하고 어떻게 치료를 잘하고 이런 것들이 쉽게 지인이나 인터넷 뒤져봐서 하잖아요. 요즘에는 젊은 애들이... 그런데 딱 이제 병에 걸리면 거 또 어떻게 예약을 하고 어떻게 찾아서 어떻게... 덜컹 가슴이 내려앉지. 그런 경로가 딱 되어 있는 게 아니니까 개인적으로 다 이렇게 알아봐야 하니까.” (집단 1, 여 3, 62세)

[125] “근데 이제 환자들 자체도 너무 정보의 홍수로 인해서 그냥 곧 그 유명하신 분들에게만 찾아가려고 하니까 그런 걸로 인해서 그 담당하신 의사 분들을 굉장히 예약, 몇 달씩 걸리거든요. 그런 유명하신 분들은. 그러니까 이제 그런 환자들 자체도 너무 그런 것에 의존하는 거. 그것도 좀 문제가 있다고 생각해요.” (집단 1, 여 1, 69세)

이렇게 의료기관의 선택이 온전히 이용자에게 주어지는 상황에서 사람들은 ‘스스로 반 의사가 되어야’ 하고 자신의 의료필요를 충족하기 위해 [126]과 같이 시행착오를 겪으며 의료기관을 찾아 전전해야 한다. 이 과정에서 [127]의 언급이 보여주듯이 잘못된 선택을 했을 때 받게 되는 모든 손해를 감당해야 하므로 이를 피하기 위해 전전긍긍하는 모습도 보인다.

[126] “뭐 정형외관가? 뭐 거기도 가보고, 또 뭐 피부과도 가보고.. 뭐 좌우간 이 과 자체를 애매해가지고 그래 갖고 거기 가면은 이걸 우리 쪽

아닌 것 같은데 어디 가보라고 하고... 병원만 과를 서너 군데를 내가 돌아다니다가 (중략) 뭐 일단은 혼자서 그거를 판단을 해 가지고 찾아가야 되는데 그 정확한 그거를 모니터 하고 나서 상담해볼 그거 없어... 자기 스스로 반 의사가 돼야 된단 말이야.” (집단 9, 여 4, 63세)

[127] “우리가 잘못 가면 엄마들 다 그렇게 얘기하잖아요. 호구된다고 그러잖아요. 그래가지고 진짜 병원을 잘 선택해야 되잖아요.” (집단 3, 여 2, 54세)

좋은 선택을 하기 위해 정보가 필요한데 [128]과 [129]의 사례는 국가의 공적 인증 정보와 정보 제공 방식이 그리 효과적으로 작동하고 있지 못하다는 사실을 보여준다. 인터넷으로 의료정보를 얻는 경우도 많은데 이 역시도 상업적 활동에서 자유롭지 못하기 때문에 마치 정보가 많은 것 같지만 양질의 정보는 얻을 수 있는 경로가 턱없이 부족했다. 이것은 검색능력이 상대적으로 높은 젊은 층에서도 마찬가지여서 오히려 특별히 검색을 하지 않고 큰 기대 없이 동네병원을 이용하는 고령의 저소득 집단에서 찾는데 더 어려움이 적다고 응답할 가능성이 있다.

[128] “내가 궁금한 거는 병원마다 다 1위잖아요. 뭐 소비자가 선택한 1위, 어디서 선택한... 가면 다 1위야... 아우 내가 병원이 여기 어이구 나갔을 때 여기 참 잘되는 데인가 보네. 그런데 다른 병원에 또 들러보면 또 다 이래요. 그건 진짜 어떤 식으로 해서 선정을 하는 건지.” (집단 6, 남 4, 49세)

[129] “국가 어디서 운영하는 거였는데, 그거 아니고 그 사이트가 있어요. 병의원 찾기인가? 네 뭔가 있어가지고 (중략) 그 분야를 선택을 하고 뭘 선택하고 막 들어가는데 너무 복잡하게 돼 있었어요. (중략) 그 사람들의 정보력에 대한 신뢰성을 주고자 그런 걸 만든 것 같은데 좀 현실감 없게 만들어진 느낌이었어요.” (집단 6, 여 2, 31세)

의원-병원-종합병원으로 이어지는 의료전달체계가 제대로 정립되어있

지 않고 각 수준의 기관 별로 기능이 충분히 분화되어 있지 않기 때문에 대학병원은 좋은 의료기관에 대한 신뢰할만한 정보가 없는 사람들에게 안전한 선택지가 될 수 있다([130], [131])

[130] “저같이 그러면 그냥 무조건 그냥 나는 개인병원 보다는 큰 병원을 많이 가요. 큰 병원으로... 개인병원에 가 가지고 오진단 많이 받았어요. 그래가지고 나는 큰 병원 가면은 좀 믿음도 가고... 음... 그런 추세입니다.” (집단 9, 남 3, 65세)

[131] “이제 어지간히 나왔다고 안 먹어도 된다고 그래서 이제 [서울의 병원에서] **으로 이제 다 떼 갖고 온 거예요. 왔는데, 어디로 갈 데가 없어서 **대[지역 내 대학병원]를 갔어요. 이제. 갔는데. (진행자: 갈 데가 없으신 건 왜...) 어디로 가야하나... (여 6 [68세]: 막연한거지 환자 본인 으로서는)” (집단 5, 여 3, 72세)

그런데 이러한 과정은 [132]가 인식하고 있는 것처럼 결국 상급의료기관의 수용범위를 벗어난 환자 쏠림 현상을 일으켜 여러 종류의 미충족 경험을 파생시켰다. 사람들은 [133]의 사례에서처럼 상급의료기관을 이용하는 과정에서 미충족을 경험하고 있었다. 특히 처음에는 원치 않지만 병실이 부족해서 1인실이나 2인실을 사용해야 하는 상황은 거의 모든 초점집단에서 언급된 종류의 현상이었고, 대학병원의 외래나 응급실에서 한없이 대기하는 것이나 긴 대기시간에 비해 턱없이 짧은 진료시간 역시 비슷한 경향이였다. 여기서 거의 유일하게 대응책으로 제시된 부분은 의료인맥이었다. 아는 사람이 없었던 누군가는 ‘일반행’을 타고 몇 달을 기다려서 수술을 받을 수 있지만 누군가는 ‘급행’을 탈 수 있었다([134]).

[132] “제 생각에도 하루에 한 50명 보면 뭐 그 충분한 그 만족한 진료가 이루어질 텐데 많이 보니까... 그게 과부하가 걸려서 그런지... 그런 게 있지 않나.” (집단 1, 여 3, 62세)

[133] “그리고 너무 많이 기다려요. 예약을 했는데도 아우 너무 많이 기

다리니까 사람이 기다리다가 지치거든요. 결과 한번 보러갔다가 한 두 시간 기다려가지고.” (집단 3, 여 7, 43세)

[134] “옛날에 원무과 계셨던 분이 있는데 정년퇴직을 했어요. 그 분이 서울에서 주위에 갑자기 어디가 많이 아팠다 그러면 보통 가서 예약을 하고 막 한참 기다려야 되잖아요, 근데 그분으로 해가지고 빨리하는, 급행을 타고 간다, 그런 경우가 있어요.” (집단 10, 여 3, 65세)

보험제도와 관련해서는 경제적 수준에 따라 조금씩 다른 양상을 보였는데, [135]나 [136]의 사례는 고령의 경제적 수준이 낮은 집단(집단 2)에서 나타났고 이 경우 보험제도에서의 급여범위 문제를 더 민감하게 경험하고 인식했다.

[135] “그런데 접때 가니까는 6개월에 한 번 제가 연골주사를 맞아요. 보험이 되거든요. 그런데 올 해 부터는 바꿨대요. 1년에 한 번 맞아야 된대요. 그래서 지금 1년을 기다려요. 그런데 아프거든요. 그게 좀 힘드네...” (집단 2, 여 6, 73세)

[136] “우리가 병원에 가면 이거는 의료보험이 됩니다. 요거는 안됩니다. 이런다고. 그럼 돈 있는 사람은 오래 살으라는 소리가 돼요... 돈 없는 사람은 그 검사를 받을 방법이 없잖아요. (중략) 그럼 한 번 들어가 갖고 한 일 주일 켜 이주일 켜 있다가 나오면 300, 400을 그냥 딱 깔고 나오는 거. 없는 사람은 피 말려 버려요. 죽는 그 날쯤 되면은 집이고 절이고 없어요, 다 팔아먹고 없는거야. 그건 참 잘못됐지...” (집단 2, 남 4, 72세)

고령의 경제적 수준이 낮은 집단(집단 2)에서는 비급여가 너무 많고 보험이면서 충분히 급여 범위가 넓지 못한 부분에 대한 불만이 더 컸던 반면, 경제적 수준이 높은 집단에서는 본인이 부담해야 할 의료비에 대한 부담스러움을 잘 인지하지 않는 모습도 보였다([137]). 오히려 [138], [139]의 사례와 같이 보험제도에 묶인 의료서비스에 불만을 느끼며 더

많은 비용을 지불하더라도 더 높은 질의 서비스를 받을 수 있다면 좋겠다는 의견을 제시하기도 했다.

[137] “아프면 요즘에 돈 없어서 병 못하지는 안잖아요. 다 자기 뭐 대책으로 보험도 다 들어놨을 거고 그 모르겠어요. 그 제가 사는 동네에서는 아파서 돈이 없어서 이렇게 못 가는 거를 느껴보지를 못해서.” (집단 3, 여 7, 43세)

[138] “그러니까 그런 생각도 가끔씩은 들어요. 영리 법인을 해서 그게 뭐 지금 하는 것처럼 전문적인 영리법인 의료법인 이런 거 아니더라도 조금 내가 그 페이를 조금 더 지불을 해도 뭐 페이를 하면서 그냥 필요한 경우에는 좀 더 많은 의료상담을 받을 수 있는 그런 게 있으면 조금 더 좋지 않을까, 보통의 경우에는 그냥 일반 병원을 다니더라도 꼭 필요한 경우에는 그렇게 이용할 수 있는 그런 영리법정도 좋지 않을까 이런 생각도 조금씩은 해요.” (집단 3, 남 3, 53세)

[139] “국립병원이 점차 더 늘어나고 개인병원을 진짜 할 거 같으면은 전부 삼성병원처럼 완전히 뭐 유럽식, 서구식, 그냥 예? 받는 것만큼 서비스 해 주겠다. 그 부담이 없다면은 돈 걱정 없다면은 오시요. 우리도 최강의 서비스를 해주겠다, 라고 완전히 프로로 그래 하든지...” (집단 9, 남 4, 63세)

큰 질병을 여러 번 겪고 의료비가 많이 들 수 있었지만 실비보험을 들어놓은 덕분에 큰 부담을 면할 수 있던 [140]의 경우는 앞에서 통증을 참으면서 실비보험을 들고난 다음에야 수술을 할 수 있었던 경기도 일반시의 저연령 저소득 집단(집단 8)의 사례와 대비된다. 이는 개인의 자원으로 실비보험이라는 민간의료보험이 의료비 부담으로 인한 미충족의료에 어떻게 대응하고 보완하는 역할을 하는지 보여준다. 그러나 한편으로는 동일한 초점집단에서 [141]와 같이 필요 없는 검사나 비싼 치료를 부추기는 실비보험이 지닌 부작용이 있고 이로 인해 오히려 상업적 느낌을 받거나 신뢰가 떨어지는 등의 미충족이 생기기도 했다. 해당 참여자

는 다른 병원에서 시술 없이 약과 운동으로 나아질 수 있다는 진단을 받고 그에 응하고 있었다.

[140] “네 많이 봤지요. 그러니까 살아 왔지요 지금까지... 실비보험... 그리고 지금은 우리 애들이 또 뭐 이렇게 들어가지고 뭐 이렇게 수술을 해도 그렇게 본인이 자부담은 그렇게 크게 없더라구요.” (집단 9, 남 3, 65세)

[141] “그 실비보험 있으니까 또 동네 병원 정형외과 같은 데 가면 시술 있잖아요. 시술이 여러 가지 무지하게 많잖아요. 저 디스크 있는데 시술 받으라고 권유를 해요. 시술 받으면 좋다고...” (집단 9, 여 1, 63세)

급여와 비급여 목록의 존재가 의료공급 행태를 왜곡하기도 했다. [142]의 사례는 돈이 별로 되지 않는 비급여 진료를 선호하지 않는 의료기관의 행태 때문에 사랑니 발치라는 의료필요를 지역 내에서 충족하기 어려운 상황에 놓이기도 했다. 같은 집단의 [143] 사례도 비급여 진료를 거부당해 이를 받아주는 병원을 찾아다녀야 했다.

[142] “제 판단일지는 몰라도 돈도 안 되고 제가 알기로는 발치가 보험급여가 되다보니까 크게 수입이 얼마 안 되는 걸로 알고 있어요. 그것도 또 위험도, 위험성도 있고 그러다보니까 제가 지금 그 상태로 머물러 있는, 파절된 상태에서 그냥 씹어가지고 있는데 보니까 이 강남일대에 치과병원들 다 조사해 보니까 사랑니 뽑아주는 데는 거의 없어요. 거의 없고 그러니까 파노라마 한 장 찍어야 돼. 파노라마. 비보험 해서 한 7, 8만원짜리 파노라마 찍어야 뽑아주더라구요.” (집단 3, 남 6, 44세)

[143] “저 발에 사마귀가 나 가지고 그거를 이제 **병원 근처 그러니까 가기 전에 **동[강남지역]에 있는 피부과인지 내과지를 갔더니 이제 딱 봐도 돈이 안 될 것 같으니까 그냥 가시라고 전화까지 해 놓고선 그냥 가라고 하더라구요.” (집단 3, 남 5, 35세)

의료기관의 분포와 관련된 문제도 거론되었다. 의료전달체계가 정립되

지 않은 것과 마찬가지로 한국 사회는 의료기관의 분포 역시 어떤 기준이 있거나 제한되는 것이 아니다. 거의 대부분 시장의 흐름에 의해 결정되기 때문에 배경인구가 부족한 지역은 필요한 의료기관이 충분히 분포하지 못하는 문제가 생길 수밖에 없었다. [144]의 사례와 같이 거주 지역에 따라서 대도시 지역보다 소도시나 읍면 지역에서 보건의료 자원의 분포에 관한 미충족 문제가 두드러지는 모습을 볼 수 있었다. 한편 [145]나 [146]와 같이 서울지역에서는 필수의료기관에 대한 부족함은 거의 언급되지 않은 대신 밤 시간이나 공휴일에 응급실 외에 방문할 수 있는 의원이 부족하다는 불만을 제기하기도 했다.

[144] “도시 같은 경우는 눈에 띄는 게 산부인과고 얼마든지 내가 검사할 수 있고 그렇잖아요. 그런데 여기는 일단은 그렇게 생겼으니깐, 일단은 해보고 싶어도 안 가게 되고 미뤄지고 특별히 건강검진 아니면 안 가게 되죠. 그런 경우도 아주 많죠.” (개인 3, 여성, 52세)

[145] “일요일, 일요일 날 병원이 동네 병원이 좀 많이 문을 많이 열었으면” (집단 10, 남 1, 63세)

[146] “손자가 있으니까 병이 급하면 응급실로 많이 가요 근데 ** 병원으로 많이 가거든요, 그러면은 돈이 너무 비싸 이걸로 하면.” (집단 10, 여 1, 63세)

의료기관의 분포에는 단순히 의료기관이 있느냐의 양적 문제뿐만이 아니라 좋은 질의 의료기관이 분포하고 있는가의 문제도 존재한다. [147]는 지역 내 그나마 얼마 되지 않는 의료기관의 질을 신뢰할 수 없어 타 지역으로 벗어날 수밖에 없음을 토로하였다.

[147] “물론 이제 동네에 의원은 있어요. 의원은 있는데 의원에 가면 소아과적인 치료가 아무래도 덜 되는 부분이 있으니까 그리고 의원에 계신 선생님들이 아무래도 연세가... 거의 이제... 세 군데가 있는데 세 군데 다 70이 넘으신 면허를 78년도에 따신 막 이런 분들 이어가지고, 그

분들이 얼마나 요즘 나오는 병에 대한 그게 잘 되어있을지 사실 의구심이 드는 부분도 없지 않아 있고, 이러니까 멀리까지 나가는 거잖아요.”
(집단 8, F5, 35세)

[148]과 같이 거주 지역에 큰 질병을 볼 수 있는 의료기관이 없어서 서울과 같은 대도시로 나가야 하는 상황에서는 예약이나 대기와 같이 큰 의료기관의 문턱을 넘기 위한 시간과 심리적 부담이 추가되고 물리적으로도 먼 거리를 오가기 위해 이동비용과 시간비용이 추가되어 불편을 겪고, 지연되거나 이용하지 못하게 될 수 있다. 지방에서 서울이나 대도시의 의료기관에 대해 갖는 심리적 거리감도 일종의 장애물로 작동하는데 [149]의 사례는 이런 경우에 자녀와 같은 사회적 연결망이 이러한 미충족에 대응할 수 있는 자원이 됨을 보여준다.

[148] “일단 여기 사람들은 병원을 가려면 일단은 그래도 그나마 가까운 대전, 서울 까지 가는 거는 아주 큰 병이 아니면 가기 힘들고 (중략) 일단은 서울은 종합병원 같은 경우는 가면 한참 기다려야 되고, 대기하는 시간도 길고 왔다 갔다 불편하고.” (개인 3, 여성, 52세)

[149] “서울도 인제 가기는 가는데, 자녀들이 서울에 있다든가. 소개를 받는다거나.” (개인 4, 여성, 61세)

이와 같이 지방에서 서울의 의료기관을 오가려면 시간을 포함한 많은 비용이 초래되므로 지역 내에 위치한 의료기관이 충분히 역할을 할 수 있거나 그런 큰 병원이 있으면 미충족을 완화하는데 도움이 될 수 있을 것이다([150], [151]). 이를 보완하기 위해 보건소를 포함한 공공의료기관이 존재하지만 지방의 보건소는 오히려 서울과 같은 큰 지역 보건소와 시설에 차이가 많이 나고 지역 의료원의 양이 충분하지 않을뿐더러 지역 사람들이 이용할 수 있는 매력적인 대안이 되지 않았다([152]).

[150] “각 지역마다 큰 병원들이 없어지는 추세인가 봐요. 지금 뭐 옛날에 누구야 홍준표인가 그 양반이 없었잖아요. 의료원. 그런 큰 병원들은

하나씩 있으면 어차피 지방에 계신 분들은 그런 데서 좀 의료를 받으면 좋은데 다 서울로 올라오니깐 그러다 보니까 서울에는 또 5분 만에 끝내야 되니까 다 의사선생님들도 스트레스죠 뭐.” (집단 6, 남 4, 49세)

[151] “교통편은 뭐, 그렇게 가는 거, 그런 거는 상관없는 거 같아요. 저 같은 경우는, 멀고 뭐 그건 내 차가지고 가면 되니까. 그런데 여기에 큰 병원이 있으면 더 편하지 않을까 그 생각은 들죠.” (개인 4, 여성, 61세)

[152] “저 지방에 있을 때는 그냥 예방접종 그것도 일반 그냥 밖에 대기 자석에 앉아서 그냥 예방접종 맞았거든요. 사무실 딱 하나 있고, 이렇게 있고 검사 그것도 없고 하다 보니까. 지방은 특히 나이 드신 분들이 많은데 다들 그래서 지방에서 그나마 경제적으로 좀 되시고 뭐 연금 나오시고 자식들이 좀 괜찮다 하시는 분들은 좀 이렇게 막 다른 지방 가고 한 번씩 저 검진도 받고 하는데, 그렇지 않은 분들은 그냥 보건소 가 가지고 예방접종 한 번씩 그냥 무료로 나오는 거 맞으시는 거 그게 다거든요.” (집단 6, 여 2, 31세)

의료 질의 형평성은 질이 갖추어야 할 특성을 넘어 그 자체로 질을 구성하는 요소이다. 지역적으로는 앞에서 언급한 의료기관의 분포 문제와 함께 질적 격차의 문제가 발생하고 있었다. [153]와 [154]과 같이 의료기관의 시설과 장비에서부터 의료인의 수준에 이르기까지 의료기관의 질에 대한 지방 사람들의 불신이 적지 않았다.

[153] “그런데 그렇게 뭐 일반 이렇게 시골 병의원도 좀 돼야 될 것, 조금 관리가 돼야 되지 않겠나요? 그렇게 관리될 수 있는 방법이... 그래야 믿고 가지... 지금처럼 이렇게 불신이 쌓이면 결국에는 아마도 저 저 같으면 절대 저 병원을 안 갈 것 같아요.” (집단 7, 남 2, 44세)

[154] “이제 그거 보고서 이 의사선생님 차이가 있구나. 제일 일류 의사 선생님은 서울에 큰 병원에 다 계시고 나머지 성적이 모지라고 성적 좀 부족한 의사들은 지방으로 다 보내는 것 같아요. **도 크다고 하는데도 가고 거 보면 가보니까 진짜 큰 병원을 가요, 그래서 큰 병원에 그렇게

사람이 많은가 싶어요.” (집단 4, 여 3, 78세)

물론 질의 차이는 지역에 따라서만 문제가 되는 것이 아니다. [155]에서 언급하는 것처럼 의료기관마다 진단을 내리거나 치료방법을 결정하는 방식에 차이가 날 경우, 특히 수술 여부와 같은 종류의 의료 결정을 하는 입장에서는 [156]의 대화(집단 5)에서 알 수 있듯이 여러 곳을 가서 비교해보아야 안심할 수 있는 상황이 된다. 이와 같은 경험은 의료제도에 대한 불신으로 이어지고, 한국의 의료이용 특징으로 손꼽히는 의료쇼핑이라는 현상으로도 연결된다.

[155] “그런데 병원에 가는 데마다 답답해서 보호자 입장에서, 의사선생님이 어떻게 처리하겠다고 하나면. 자기 엄마라도 당장 수술하겠다고 이렇게 이야기를 하는 거예요. 그런데 수술은 나이가 있으시니까 안 될 것 같애 가지고 병원을 또 옮기면 그런데 딱 데선 다른 말을 하는 거예요. (중략) 그래서 이게 의료계를... 믿을 수... 이제 개인적으로는 사위가 의산데, 의사들을 솔직히 믿을 수가 없어요. 가는 곳마다 말이 다 틀리고.” (집단 1, 여 3, 62세)

[156] “그런데 제 생각에는 병원을 한 군데만 가서는 사실 신뢰가 안가요. (여 3 [72세]: 그 수술을 해야 된다는 데 있고 안 해야 된다는 데 있고 그렇잖아요. 병원가면. 그러면은 수술, 수술을 안 할 수도 없고 할 수도 없고 그 환자 상태, 본인은 이럴 수도 없고 저럴 수도 없고 이렇게 막 갈등을 하더라구요)(여 8 [77세]: 세 군데는 가야 돼. 세 군데는 가야 돼) 두 군데 내지 세 군데를 가서 정말 그 객관적인 그 자료를 해서 그렇게 수술을 하는 게 좋겠고요.” (집단 5, 남 5, 64세)

앞에서 서술한 의료제도의 문제로 인해 환자들은 여러 의료기관을 전전하며 중복된 검사를 하는 경우가 많았다. 그런 경우에 의료기관 간 연계가 부족한 것이 문제로 제기되었다. [157]의 사례는 의료기관의 질에 대한 불신으로 여러 의료기관을 방문하는 상황에서 병원 사이에 검사 결과가 공유되지 않아 매번 기초검사부터 다시 해야 하는 시간적 재정적

부담을 감당해야 했다. 지역 간 의료기관의 질 불균형에 대한 인식이 [158]에서처럼 공급자들 사이에서도 만연하기 때문에 이용자의 인식을 더욱 강화하는 결과를 초래한다.

[157] “두 군데 내지 세 군데를 가서 정말 그 객관적인 그 자료를 해서 그렇게 수술을 하는 게 좋겠고요. 그리고 이 진료 이게 한 가지가 아니에요. 이게 병원마다 가면 이 기초검사부터 다 다시해요. (중략) 디스크 그 이제 그 디스켓 그 자료 CD를 그거 해가 공유를 할라 해도 여기 우리 병원에서는 안 됩니다. 그거 못 믿습니다. 다 해야 됩니다. 이런다고요.” (집단 5, 남 5, 64세)

[158] “도시병원에서는 시골에서 왔다고 그러면 무조건 지금 다 저기 아니라고 하거든요. 뭐 MRI, CT다 찍어왔어도 못 믿는다고 그런다고. 그럴라면 시골 병원이 있을 필요가 없지. 서울만 존재를 해야지. 우리가 이걸 가지고 왔는데 이거 아무것도 아니니까 다시 하라고 그러니까.” (집단 5, 여 4, 72세)

상업적 의료 행태 역시 대부분의 초점집단에서 문제로 언급되었다. 상업적 행태로 인식하는 데에는 스스로 생각했을 때 필요가 없는데 너무 고가의 서비스를 받도록 하거나([159]), 건강검진을 받으러 오라고 ‘영업’을 하고 치료를 받아야 하는 것처럼 몰고 가는 느낌을 받는 형태가 있었다([160]). 물론 개별 의료기관이나 의료인의 의료행태에 따른 문제일 수 있으나 이러한 경향을 만들어내는 구조적인 배경이 있는 것도 사실이다.

[159] “그리고 불필요한 걸 당할 때도 있어요. 저번에 척추 수술 했다고 했잖아요. 근데 그 안마기 같은걸 이렇게 병원 도우미를 썼는데 너무 하는 게 없어가지고 안마를 해달라고 했, 그러라고 했어요. 그랬더니 그렇게 팔 다리 주무르는 뭐 이렇게 넣고 하는 거가 굉장히 고가더라고요. 15만원인가 이렇게 하는데 근데 그거에 허리에는 불필요할 것 같 같은데 그렇게 고가의 진료 서비스를 그냥 이렇게 하게끔. 그래서 제가 뭐, 그거는 환불을 받았지만... 그거를 그냥 자꾸 그런 거를 이렇게 불필요한 거를 그런 걸 자꾸 그렇게 청구하게끔... 불필요한 진료.” (집단 1, 여 3,

62세)

[160] “치과도 어차피 그 건강검진에 들어가잖아요. 나는 상태만 이렇게 보고 싶었는데 아주 자세하게 이렇게 보여주면서 화면에 썩 아주 더럽게 잘 보이게, 하면서 이걸 뽑아야 되고 뭘 치료를 해야 되고 막 당연히 해야 되는 것처럼 막 이렇게 몰고 가더라구요. 그런 식으로 그런 데서 참 나는 불편함을 좀 느꼈어요. 왜냐하면 저도 저기 영업적인 일을 해왔기 때문에 그런 식으로 해가지고 이렇게 영리를 취하려고 하는구나, 여기에서. 전화해서 오라고 해 가지고 해서.” (집단 6, 남 4, 49세)

개별 의료행태보다도 제도 자체가 조금 더 밀접하게 관련되는 경우도 있다. 현재는 사라졌지만 얼마 전까지 있었던 특진 제도에 대해서 [161]은 별로 차이가 나지 않는 서비스의 일부에 추가의 의료비를 책정한 상업적 의도라고 생각하기도 했다.

[161] “그 저 높은 교수, 뭐, 뭐 그레이트가 낮다고 하는 거는 좀 이상하겠지만은 그 교수가 이야기 하는 병 치료 하고 그레이트가 낮은 교수가 치료하는 거 하고 조금 다르다는 이야기 입니까? 그렇잖아요.. 그거는 아니잖아요. 그렇지 않으면 똑같은데 왜 돈을 더 받냐는 이야기에요. (여 3 [70세]: 그러니까 장사속이에요).” (집단 2, 남 1, 63세)

비급여 항목에서 의료기관마다 같은 검사나 진료에 대해 너무 다른 비용을 책정하는 경우가 있다([162]). 심지어 [163]의 경우는 인맥을 통해 서비스에 접근했을 때 훨씬 저렴하게 이용할 수 있음을 알게 되었고 이런 경험은 높은 비용을 부른 의료기관이나 의료인에 대한 상업성을 의심하게 될 뿐 아니라, 제도 자체가 불합리하다는 생각을 하게 만들었다.

[162] “그러니까 이제 약간 그 내과 같은 데는 좀 일관성이 있는데 비보험 그러니까 제가 판단한 게 보험급여가 비중이 높은 과들은 좀 어느 정도 일관성이 있어요. 그런데 좀 비급여, 비보험 진료가 높은 비중, 치과나 뭐 이제 피부과나 성형외과 같은 데는 너무 이게 차이가 너무 나 그러니까 다 달라.” (집단 3, 남 6, 44세)

[163] “이거는 이 의료비용에 대한 현실적인 부분이 없는 거죠. 어디는 5만원, 어디는 10만원, 뭐 장사 안 되는 데는 싸게 받고, 장사 잘되는 데는 비싸게 받는... 그런 느낌을 받을 수밖에 없는 거죠. (중략) 아는 동생이 원무과에 전화를 해 봤어요. 그랬더니 위하고 장하고 수면으로 해서 12만원에 다 해주겠다. 그러면 저기보다 세 배를 저기선 세 배를 더 받는 거잖아요. 뭐 돈을 더 받고 안 받고의 문제가 아니고 너무 너무 큰 편차가 나다 보니까 이거는 그렇죠? 말이 안 되는 거 아닌가요?” (집단 7, 남 1, 39세)

3. 소결

미충족의료의 개념이 의료이용의 흐름에 따라 영역과 유형이 다양하다는 것, 단기 경험 외에도 장기적인 미충족의료필요 상태가 존재한다는 것, 의료필요의 미충족은 개인의 자원과 인식이라는 개인요인, 노동이나 젠더와 같은 사회적 규범과 문화 요인이 보건의료체계 수준과 상호작용하여 발생하는 복잡한 단계의 기제를 지니고 있음을 살펴보았다. 개인의 자원 안에서도 시간과 경제적 문제가 서로 연결되는 등 미충족의료의 어느 한 가지의 문제라고 단정 짓기 어려운 것이 현실이며, 이들 요인들이 각기 다른 중요도와 순서로 구성되는 경로를 가지고 있다. 구조를 단순화하여 설명하면 사회체계의 일부로써 보건의료체계라는 구조에 내재된 미충족 가능성은 개인의 자원과 사회적 규범이라는 조건의 영향을 받아 다른 경험으로 발현되고 개인의 인식을 통해 미충족으로 인지되거나 미인지 된다. 보건의료체계가 의료필요의 충족에 실패하는 부분이 많을수록 그 남은 공간은 개인의 몫이 되고 이는 불평등이 발생하는 배경이 된다.

본 연구는 첫 번째 연구로 수행한 질적 자료 분석을 두 번째 연구인 미충족의료 측정도구를 개발하기 위한 주요 자료로 활용하였다. 측정도구의 기본 골격은 기존 연구를 통해 도출된 의료이용의 세 단계를 적용

하였다. 의료필요와 미충족의료의 유형에 따라 의료의 미이용 뿐 아니라 이용 지연, 과소이용, 이용 포기, 재이용 등을 측정항목에 포함하였다. 설문 문항을 만들 때에는 중복을 피하기 위하여 선택단계에서 이용지연이나 미이용, 그리고 이용 중 단계에서 과소이용이나 이용 포기가 생기는 것과 같이 특정 의료이용 단계에만 해당하는 것처럼 구성되었으나, 실제 의료이용의 단계는 미충족 의료필요를 줄이고 더 충족하기 위해 중간 중간 새로운 의료를 찾거나 이용을 반복하는 등의 반응과 같이 언제나 일직선으로 이루어지는 것이 아니다. <그림 3>, <표 13>와 같이 매 단계에서 발생하는 미충족의료 경험의 특성에 따라 한 의료이용 에피소드에서 여러 수준의 미충족 의료경험이 발생할 수 있다.

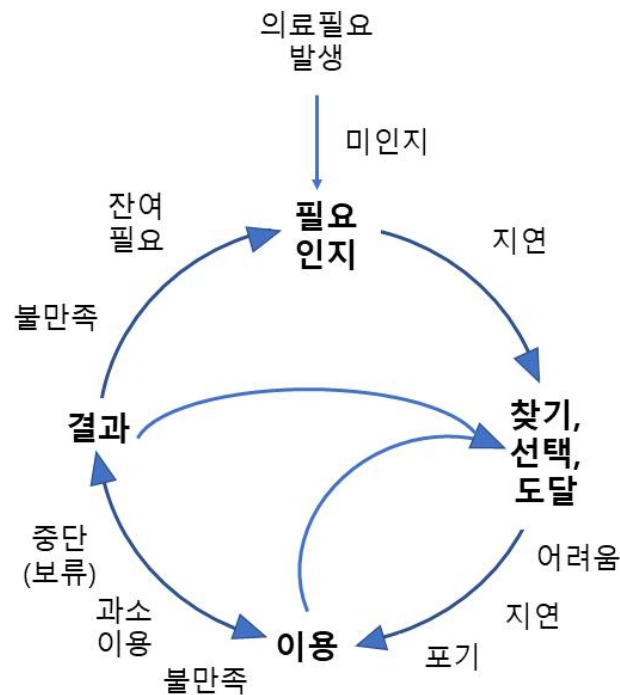


그림 3. 의료이용 단계와 미충족 경험의 유형의 연속성

표 13. 의료이용 단계와 미충족 경험의 유형의 연속성

	의 료 필 요 의	의 료 찾 기 /	의 료 이 용	의 료 이 용
--	-----------	-----------	---------	---------

	인지	선택/도달	중	결과
모두 충족함(또는 미충족을 인지하지 못함)		●	●	●
이용 했지만 기대와 다르거나 기대에 미치지 못하는 못함		●	●	●
필요에 비해 덜 이용함		●	●	
도중 포기함		●	●	
이용이 지연됨	●	●		
아예 방문하지 못함	●	●		
필요 자체를 인지하지 못함	●			

의료필요의 상황에 따라 경험, 인식의 기준 자체가 달라지므로 이를 문항에 포함하였다. 기존의 문항이 미충족의료의 이유를 하나의 문항에 넣어 측정한 것과 달리 본 연구는 의료이용의 단계에 따라 발생 가능한 미충족의료의 유형이 다르고 이유도 다르다는 것에 기초하여 각 단계 별로 발생 가능한 미충족의료 이유를 분리하여 설계하였다. 단계별 미충족의료 이유는 질적 자료 분석에서 미충족의료 경험의 요인과 기제 부분에서 분석된 내용을 기초로 하였다. 그 중에서 의료필요의 미인지에 관한 부분은 일회성인 주관적 설문조사의 특성상 측정하기 어려워 제외할 수밖에 없었다. 기존의 문항에서 묻는 미충족 이유의 선택지와 질적 분석 결과를 기초로 새로 개발하는데 사용한 선택지를 비교하면 <그림 4>와 같다.

기존의 문항에 있는 내용 외에 인터뷰에서 확인한 것은 새로운 종류의 이유도 있었지만 더 중요한 것은 의료필요 미충족의 이유는 대부분 한 가지의 이유만으로 설명하기 어렵다는 점이었다. 먼저, 한 이유 안에 여러 이유들이 복합적으로 작동하고, 각자의 조건에 따라 최종적으로 같은 이유가 되었다고 하더라도 그 이전의 원인들이 달랐다. 예를 들어 ‘방문 시간이 없어서’는 의료필요의 심각도에 따라서도 아예 다른 성격의 이유가 될 수 있다. 감기처럼 가벼운 증상과 심각한 증상에서 같은 이유를 꼽는다고 해서 같은 크기의 미충족으로 분류하기는 어려울 것이다. 이는 개인의 다른 조건, 사회적 조건에 따라서도 달라진다. 예컨대 똑같

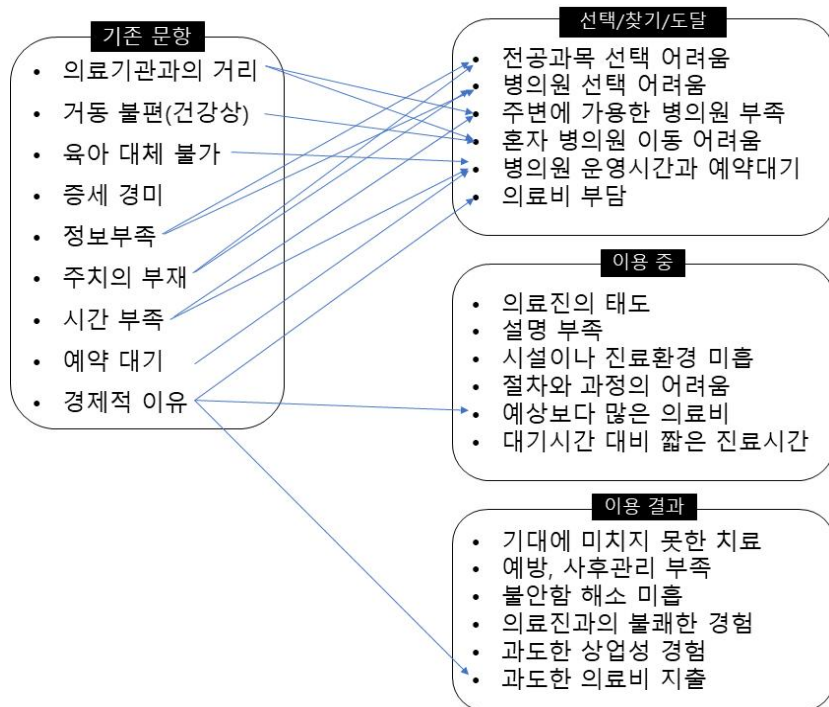


그림 4. 미충족의료 경험 이유의 분화

이 직장에 다니거나 아이를 돌보고 있어서 일과시간 중 시간을 많이 낼 수 없는 상황이어도 주변에 의료기관에 도달하는데 드는 에너지가 얼마나 드느냐에 따라(지리적 접근성) 미충족 여부가 달라진다. 두 경우 모두 ‘시간이 없어서’라 응답했더라도 실제로는 해당 지역에 ‘가까운 곳에 갈 수 있는 의료기관이 충분치 않음’이나 ‘혼자서 병의원 이동하기 어려움(운전면허가 없거나 택시비가 부담되어 버스를 타야 하는데 버스가 몇 번 다니지 않거나 갈아타야 하는 등 시간이 많이 듦)’이 진짜 원인일 수 있다. 미충족의료를 완화하는 정책을 설계할 때 원인의 차이는 개입지점의 차이를 의미하므로 원인을 제대로 파악하는 것은 매우 중요하다. 어디에 관점을 두느냐에 따라 같은 현상에서도 다른 원인을 찾을 수 있었다. 예컨대 같은 상황에서 개인의 문제에 초점을 맞추면 ‘빠른 시일 내에 예약되지 않아서’이지만 공급의 문제에 초점을 맞추면 실제 필요한 의료영역의 자원이 충분치 않은 지역 상황으로 ‘가용한 의료자원의 부족’을 더 중요한 원인으로 지목하게 될 것이다. 본 연구는 미충족의료의 원인을 찾을 때 개인적 차원 보다 제도적 차원을 강조하는 것이 실질적인 완

화 방안을 마련하기에 적절하다는 이유에서 후자의 관점을 중심으로 개입 가능한 차원의 원인을 드러내는 방향으로 선택지를 재구성하였다. 예를 들어 의료기관과의 거리는 본래 절대적인 접근성을 의미하지만 실제 응답에는 다른 의미 포함될 수 있으며 이를 당장 좁히기는 어려운 일이다. 의료기관과의 거리는 실질적으로는 신뢰의 차원에서 주변에 갈 만한 병의원이 부족해서 더 먼 곳의 의료기관을 찾아가야 하는 문제를 포함한 의료기관의 질 문제나 이동 가능성의 문제를 의미할 수 있으며 이러한 종류의 설명이 사람들에게 당장 영향을 미치고 개선 가능성을 높인다.

이와 같이 기존의 문항과 비교할 때 본질적 자료 분석 결과를 통해 미충족의료에 대해 더 자세히 측정하도록 보완할 수 있었다. 질적인 자료를 양적인 측정방식으로 전환하기 때문에 당연히 충분히 이를 반영하지 못하는 부분도 남는다. <표 14>는 이러한 내용을 요약한 것이다.

표 14. 미충족의료 개념과 구성요소의 보완과 한계

	미충족 경험의 형태	경험당시 의료필요	미충족 경험의 종류(단계)	미충족 경험 이유
기존 방식	이용 여부의 이분화	구분하지 않음	구분하지 않음	개인적 시각, 단편적, 개념화 부족
보완하여 양적 전환 가능한 부분	고민했다/어려웠다, 지연되었다, 충분히 이용 못했다, 중간에 포기했다, 결국 가지 못했다, 같은 의료필요 해결을 위해 다른 의료를 찾아야 했다 등의 경험형태로 분화	의료필요 상황에 따라 구분 (급성질환-불편/만성질환-관리/응급/입원-수술/불안-검사/건강검진/예방)	의료이용 과정에서 단계에 따라 구분(의료선택/이용 중/이용결과)	제도적 문제나 공급자와의 상호작용으로 인한 이유를 포함하도록 시각을 확장, 의료이용단계에 따라 달리 발생할 수 있는 이유를 구분
양적으로 보완해도 여전히 불가한 부분	의료필요 전체를 해결하기까지의 의료이용 에피소드 과정 전체에 대한 평가 / 단편적 경험이 아닌 장기적 형태의 미충족 상태	스스로 생각하는 의료필요 크기 (위중함, 심각함)의 보정 - 같은 상황이라도 개인이 인지하는 필요의 크기와 중요함의 정도는 다름	의료필요의 인지 단계에서 미인지 영역	가장 큰 문제가 아니라 여러 조건과 상황이 섞여 발생하는 기제에 관한 정보/ 사회적 규범의 영향력을 분리하여 보기 어려움
다른 방식으로 보완 가능성	기존 질문을 수정하여 기간을 늘리거나 에피소드 단위로 질	의료필요의 속성(신체적, 심리 정신적, 규범적)에 따른 크	질적으로 면담 중 언급된 내용을 통해 이미	질적 측정을 활용하여 기제를 분석

문하는 설문문항 / 박	기과 심각성을	지나간 과거의
탈지수와 같이 미충	각각 썰 수 있음.	미인지를 인지
족 상태 지수를 고안	단점은 이 질문만	하는 경우 파악
하는 방법(e.g. 미충족	으로 이미 너무 많	가능. 미인지된
경험 평균+주변 의료	은 문항이 필요함	의료필요는 여
자원 상황+의료이용		전히 파악 불가
에 필요한 자원상황)		

미충족의료의 개념을 이분법적 차원에서 확장하는 것이 가능했지만 여전히 일부 에피소드로서의 미충족의료 경험을 벗어나지는 못했다. 하나의 의료필요를 해결하기까지의 에피소드를 단위로 했을 때 여러 종류의 미충족 경험과 반복적인 의료이용이 과정 안에 포함되는데, 이번에 개발한 설문문항으로도 여전히 단면적인 경험밖에는 확인할 수가 없다는 점이다. 설문의 구조상 일단 특정 단계의 어떤 정도의 문제가 얼마나 자주 발생했는지를 묻는 것은 가능하였으나 전체적으로 특정 속성의 미충족 상태에 놓여있는 정도를 파악하기에는 부족했다. 여전히 장기적인 미충족의료 상태(status)를 양적으로 측정하는 것이 적절한지에 대한 의문이 있고 그 질문으로도 포착되지 않는 종류의 사실이 남아있는지 역시도 확실하지는 않다.

정량적으로 측정하기 어려운 부분도 많았다. 의료필요를 인지하는 민감도, 어떤 경험에서 만족도를 느끼는 수준에 영향을 미치는 성향과 같은 부분은 문항으로 만들 수는 있더라도 한, 두 문항으로 그 정확도를 장담하기 어려운 영역이다. 그러나 측정도구의 특성상 질문 항목의 개수를 제한하는 것이 불가피했다. 또 한 영역은 규범에 관한 것이다. 젠더, 직장, 가정 내 규범은 특성상 인지하지 못한 채 작동하고 있을 가능성이 높고 마찬가지로 몇 가지 질문으로 의료이용과 인식에 영향을 미칠 것으로 예상되는 규범을 찾아내기 어렵다.

새로 드러난 기제를 정량적으로 측정할 수 있도록 전환하기 위해서는 의료이용 단계에 따라 미충족 발생 가능한 이유를 구분하여 측정해볼 수 있었다. 의료이용의 상황을 구분하는 것도 한 가지 방법이 된다. 의료필요의 종류와 유형, 심각도를 어떤 식으로 구분하여 측정할 수 있을 것인지는 고민해야 할 부분이다. 의료이용의 상황 중에서 최저선을 설정하는

것도 가능하다. 예를 들어 증세가 경미해서 가지 않았다는 미충족의료 이유는 그 정도에 따라 의미와 적용이 달라질 수 있다. 따라서 처음부터 굳이 의료서비스 없이도 나아질 수 있다고 판단했던 문제는 의료필요에서 제한하는 것도 가능할 것이다.

정량적 전환으로 보완할 수 있는 부분들이 분명히 있지만 의료필요의 미충족 기재란 개념적으로부터 이미 간단한 설문문항으로는 측정하기 어려운 성격을 가진다. 아무리 단계를 나눈다고 해도 여러 이유가 복합적으로 작동하고 선후가 있는데 가장 큰 이유 한 가지를 골라야 하기 때문에 삭제되는 이유들이 생길 수밖에 없다. 맥락과 조건에 따라 한 가지로 응답한 이유가 전혀 다른 경험이나 다른 의미를 지닐 때 이를 구분하거나 보정할 수 있는 방법이 충분하지 않다. 그렇다고 너무 여러 이유를 고르게 하면 응답자도 혼란스러워할 수 있고 제대로 가이드 되지 않을 경우 응답이 잘못 될 가능성이 있으며, 무엇보다 분석이 어려워진다. 복잡하게 양적 설문이 들어갈수록 양적 설문의 장점이 사라지기 때문에 이런 측면은 결국 질적(정성적) 설문방식을 활용하는 것이 더욱 적합하다.

제4장 미충족의료 측정도구 개발

제1절 연구방법

학자마다 제시하는 측정도구의 개발 단계가 다르지만 여러 학자들이 제시한 것을 종합하면 ① 질문항목 선정을 위한 문헌조사단계, ② 개념의 구성영역, 우성요소 확인, ③ 측정질문항목 선정, ④ 요인분석과 내적 일관성 확인, ⑤ 척도의 적합성 확인, 구성타당도 검증, ⑥ (반드시 포함될 필요는 없는) 상대적 가중치 또는 기준 설정이며, 조금 더 단순하게는 ① 항목의 발굴, ② 항목의 선택, ③ 타당도 평가, ④ 신뢰도 평가로 정리된다(지은구, 김민주, 2015; Streiner et al., 2015). 본 연구는 설문항목 개발과 선택 - 신뢰도 평가 - 타당도 평가의 순서로 측정도구의 개발과정을 서술하였다. 타당도와 신뢰도 평가는 항목이 모두 선택된 이후부터 이루어진다고 보다는 개발 과정에서 어떤 항목을 선택하는 것이 타당한지, 어떤 영역을 측정하기 위해 구성한 문항이 적절한지 등을 판단하는 데에 사용하므로 완전히 구분된 단계가 아니다. 본 연구에서도 측정도구를 개발하고 1차로 조사한 뒤에 도구를 한 번 더 수정하는 단계를 거쳤다. 이번 장에서 제시할 타당도와 신뢰도 평가에 사용한 표본의 수집방법은 다음 장인 5장에서 구체적으로 설명하였으며, 두 장에서 사용한 자료는 동일한 표본이다.

1. 설문항목 개발과 선택

1) 항목 개발

측정도구란 측정하기 위한 수단이며, 어떤 대상을 수량화하여 나타내

기 위한 상징을 부여하는 규정이다. 측정 도구를 개발하는 데에는 여러 방법이 가능하다. 가장 근본적인 방법은 질적 접근에 해당하는 탐색적 연구로부터 현상을 측정할 도구를 개발하는 것이다. 이 방법은 측정하려는 현상으로부터 주요한 특성을 파악하고 그 개념에 기초를 두고 도구를 개발하는 것이 핵심이다. 개념에 기초한 도구의 개발 방식에서는 측정 대상의 개념적 영역을 구분하고 개발하는 항목들이 여러 영역에 걸쳐 배치되거나 영역 내에서 중복되지 않도록 추려내는 것이 중요하다.

본 연구에서는 문헌 검토와 질적 분석 결과로부터 측정을 위한 개념적 틀을 구성하고 양적 측정으로 전환 가능한 항목(구성요소)을 도출하였다. 가장 핵심 측정대상인 의료이용 단계별 미충족의료 경험 외에도 미충족 의료경험의 예방 또는 대응을 위한 개인/사회적 자원이 핵심 주제이다. 가능한 모든 항목을 변환하고 구조화했으며 인터뷰 내용을 함께 분석한 동료 연구자와 항목을 선정하고 논의하는 과정을 거쳐 설문지 1판을 구성했다⁵⁾.

설문지 1판은 일반인을 대상으로 한 인지 면접조사용 설문지이자 여러 관점을 지닌 전문가 의견을 반영하기 위한 전문가 패널 회의의 사전 자료로 활용되었다.

2) 인지 면접

인지 면접(cognitive interview)은 응답자가 질문을 어떻게 이해하고 응답하는지를 확인하여 설문 문항이 설계자가 의도한대로 전달되지 않거나 편향이 발생할 수 있는 여지를 줄이고자 하는 것이다. 인지 면접을 통해 문항이 설계자가 의도한 의미대로 전달이 되었는지(e.g. 단어나 표현이 애매하거나 어려운 것, 특정 주제가 어떻게 이해되었는지 확인하는 것), 질문이 응답자에게 심리적으로 부담이 되지 않는지(e.g. 불쾌감), 인식하고 답을 기억하거나 결정하기까지 시간이 오래 걸리는 질문은 없는지를 확인할 수 있다.

5) 인지면접조사에 사용한 설문지 1판은 부록 1에 수록하였다.

인지 면접은 전체 표본조사와 같은 특성을 지니도록 추출하고 예정된 표본조사 수의 10%인 60명을 대상으로 했다. 조사는 한국소비자평가연구원에 위탁하여 실시했으며, 훈련된 조사원의 일대일 면접조사로 이루어졌다. 조사원을 위한 조사지는 따로 작성되었다(표 15). 전반적으로 설문문의 질문문항과 선택지를 이해하거나 응답하는데 어려움이 있거나 불쾌했는지를 물었고, 필요한 경우 특정 항목과 질문에 포함된 단어의 의미를 어떻게 이해했는지에 대해 서술식으로 응답을 얻었다.

표 15. 인지면접 조사지(조사원용)

<p>B1-1. 귀하께서는 문1. 귀하께서는 병의원 진료 또는 검사를 받아볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까? 라는 질문 내용을 이해하는데 어려움이 있으셨습니까?</p> <p>① 어려웠다 ⇨ 문항 B1-1-1로 이동 ② 어렵지 않았다 ⇨ 문항 B1-2로 이동</p> <p>B1-1-1. 왜 어려우셨습니까? (개방형)</p> <p>B1-2. 귀하께서는 위 문항에 대한 보기를 기억하거나 계산, 고민하는데 어려움이 있으셨습니까?</p> <p>① 어려웠다 ⇨ 문항 B1-2-1로 이동 ② 어렵지 않았다 ⇨ 문항 B1-3으로 이동</p> <p>B1-2-1. 왜 어려우셨습니까? (개방형)</p> <p>-----</p> <p>B2-2-2. [주요추가질문] 보기 중 의미가 겹치는 항목이라고 느껴지는 것이 있다면 이유와 함께 말씀해주시요. (개방형)</p> <p>B5-2. [주요 추가문항] 문5의 질문에서 ‘불만족스러운’은 무엇을 의미한다고 생각하십니까? ‘필요했던 것을 모두 충족하지 못한’이라는 설명과 차이가 있다고 생각하십니까? (개방형)</p>

3) 전문가 패널 회의

전문가 패널회의는 연구자 세 명, 의료제공자 세 명, 이용자 관점을 지닌 두 명으로 총 8명의 전문가로 구성하였다. 한 번의 대면회의와 두

차례의 이메일 의견 교환을 통해 설문항목의 타당성에 대한 의견을 수렴하였다.

4) 파일럿 조사

인지 면접 조사와 전문가 패널 회의를 거쳐 개정된 설문지를 10명의 파일럿 조사로 얻어진 피드백을 적용하여 다시 수정했다. 파일럿 조사는 연구자가 직접 자세히 설명하고 가능한 자세하게 피드백 해줄 수 있는 사람을 중심으로 목적 표집하여 대표성보다는 의견의 전달이 수월할 수 있도록 했다.

2. 설문도구 보완

지금까지 서술한 설문도구 개발과정을 거쳐 작성한 설문지 2판을 이용하여 1차로 600명의 표본조사와 60명의 재조사를 완료하고 결과를 분석하였다. 이 과정에서 설문도구와 조사방법의 보완이 필요함을 인식하게 되어 개정판(3판)을 만들고 400명에 대한 2차 조사를 추가로 수행했다. 보완이 필요한 이유는 다음과 같다.

첫째, 단축형 설문문항의 내용을 전체에 비해 너무 단순화하는 것보다 전체 문항의 내용을 가급적 충실히 담는 것이 내용 인식차이로 인한 응답의 오류를 줄일 수 있으리라 판단하였다. 이에 단축형 설문문항의 세부 표현을 다수 바꾸었다.

둘째, 표본조사 방법에 한계가 있었다. 처음 표본 조사에서는 지난 1년 간 의료필요를 느낀 적이 없어 미충족의료에 대한 응답을 진행하지 않아 누락된 표본이 너무 많았다. 따라서 미충족의료의 양상을 세부 분석하기에는 충분하지 않았다. 그리고 또 다른 문제는 대도시 지역만을 조사한 결과 미충족의료의 맥락, 예컨대 의료기관의 분포, 전반적 소득수준과 의료필요의 종류 등이 다양하지 못했다. 그로 인해 미충족의료의

양상이 일부 편향되었을 가능성이 있었다.

개정한 설문지 3판의 문항에서 바뀐 부분은 다음과 같다.

- 지난 1년 간 의료필요 여부를 선별문항으로 전환
- 단축형 문항의 질문과 선택지가 전체 문항의 내용을 보다 충실히 요약하여 담아낼 수 있도록 표현과 구성을 수정
- 기존 문항에서 미충족의료 경험에 큰 영향을 주지 못할 것으로 판단된 문항을 제외하고 의료필요와 미충족 판단에 영향을 미칠 것으로 기대되는 질문 추가
- 의료필요인식과 이용 전후의 건강상태 변화를 마지막 문항으로 추가

2차 조사에서 달라진 표본조사 방법은 다음과 같다.

첫째, 표본을 일반 시와 읍면지역에서 추출했다. 둘째, 표본 추출 시 지난 1년 사이 의료필요가 있었다고 응답한 경우만을 대상으로 하는 부스터 샘플링(어떤 조사에서 전체 표본을 보완하는 차원에서 특정 표본 중 일부를 추가하는 샘플링 방법)을 했다. 따라서 1차 조사와 2차 조사를 합하여 분석할 때에는 2차 조사의 표본이 과대표집 되었음을 고려해야 한다. 셋째, 조사원 지침을 추가하고 1-100점 사이로 응답하는 문항에서 1-10점 사이 응답자에게 다시 한 번 확인을 요청했다.

3. 신뢰도 평가

신뢰도는 유사한 측정도구 또는 동일한 측정도구를 사용하여 동일한 개념을 반복 측정했을 때 일관성 있는 결과를 얻는 정도를 의미하며, 측정과 관련하여 내재된 무작위 오류와 체계적 오류의 정도를 반영하기 위한 개념이다(Streiner et al., 2015). 신뢰도를 확인하는 대표적인 방법은 반분법, 동형검사 신뢰도, 내적 일치도, 그리고 조사-재조사 방법 등이 있다. 본 설문도구는 특정 개념을 여러 문항으로 측정하여 합산하는 방식이 아니기 때문에 설문지의 동일 영역 내 문항 간 내적 일치도 (Internal Consistency, Chronbach's alpha coefficient)의 측정은 적합한

신뢰도 평가 방법이 아니다. 그러나 전체 설문과 단축 설문 간 신뢰도 검정을 위해서는 전체설문과 단축설문 결과의 일치도를 확인할 수 있다. 병렬 대응 측정도구의 신뢰도(alternate-forms reliability)는 만일 같은 대상을 측정하는 병렬적인 두 개의 도구를 개발했다고 할 때, 한 세트의 항목 점수와 다른 세트의 항목 점수 간 상관관계를 보는 것이다. 이 방법을 이용한 신뢰도 평가는 1차 조사와 2차 조사 각각에 대하여 수행하였다.

1) 조사-재조사(test-retest)

조사자 간 동의정도(inter-rater agreement)는 여러 조사자에게 동일한 대상에 같은 도구로 측정하게 하여 그 결과의 상관관계를 보는 방법이며, 시간적 안정성(temporal stability)은 한 응답자에게 같은 측정도구를 각기 다른 시간에 적용한 후 그 값의 상관성을 보는 조사-재조사 방법을 통해 확인할 수 있다(DeVellis, 2012). 본 연구에서 개발한 도구는 외부인의 관찰이나 문답을 통한 측정도구가 아니라 응답자 본인이 직접 자신의 상태에 대해 직접 판단하여 측정하는 도구이다. 다수의 평가자 간 수치를 비교하는 신뢰도 측정보다 일부표본에 대하여 시간을 두고 반복 측정한 수치를 비교하는 재검사 신뢰도를 검정하는 것이 적합하다. 설문 전반의 신뢰도 검정은 일치도 검사(test-retest, percent agreement & kappa)를 활용하였다. 이 때 조사 간격은 Streigner 등(2015)에 의하면 본 조사 이후 2일에서 14일 정도가 적합하므로 본 연구는 재조사를 본 조사 후 약 2주 뒤 진행하였다. 조사-재조사는 1차 조사에서만 수행하였으며 재조사 대상자는 1차 조사 대상자 중 거주지, 성별, 연령별로 할당된 60명(10%)을 무작위로 선정하였다.

2) 동형검사 신뢰도

의료필요의 미충족 경험을 측정하는 전체 설문과 단축 형태의 설문을 동시에 개발하여 조사하였다. 단, 본 연구의 단축형 설문지는 일반적인 단축형 설문지 개발에서 사용하듯이 한 개념을 측정하는 여러 문항의 일부를 선택하는 방식이 아니라 ① 의료필요 상황을 묻는 문항을 제외하고 ② 미충족의료의 경험과 유형의 여부를 묻는 문항을 그대로 가져오며 ③ 이유를 묻는 문항은 선택지의 개념을 일부 통합하는 방식으로 만들어졌다(단일 선택지 선택형). 따라서 이 경우는 동형검사신뢰도(parallel-form reliability)의 일종인 유사검사신뢰도(alternate-form reliability, 두 검사에 의한 진점수가 동일하나 두 검사의 오차점수 분산이 동일하지 않은 검사)를 측정할 수 있을 것이다. 다만 이 검사는 보통 두 검사 결과 점수의 상관계수로 신뢰도를 추정하는데 본 연구에서 개발한 방식은 연속 변수의 점수 형태가 아닌 여부의 이분변수 또는 범주형 변수로 구성되어 있다. 따라서 상관계수 대신 동일한 사람이 같은 응답을 했는지를 보기 위해 일치도 검정(percent agreement & kappa)을 수행하였다.

3) 기존 문항과의 비교

믿을만한 도구는 일관되고 예측 가능한 방식으로 작동해야 한다. 타당도가 정확성을 의미한다면 신뢰도는 일관성을 의미한다. 신뢰도는 기본적으로 측정 오류를 반영하는 것이다. 기존 미충족의료 측정지표가 지닌 문제 중 한 가지는 세부 집단에서 측정된 미충족의료 경험률 크기의 변이를 설명하기 어렵다는 것이다. 따라서 본 연구에서는 이론적으로 미충족의료이 많이 발생할 것으로 예측되는 특성을 지닌 집단에서 기존 문항과 개발한 문항으로 측정한 미충족의료 경험률의 산포도를 비교함으로써 기존 지표가 가졌던 측정의 신뢰도 문제를 개선할 수 있는지를 평가했다.

4. 타당도 평가

1) 내용 타당도

내용 타당도는 설문항목이 측정하고자 하는 개념과 내용을 제대로 담아내고 있는지를 의미한다. 전문가 또는 일반인의 주관적 해석과 판단에 의존한다. 내용 적절성(content relevance)은 각 항목(item)이 측정 영역(dimension) 중 한 가지 이상과 관련이 되어야 한다는 것이고 내용 포괄성(content coverage)은 각 영역이 하나 이상의 항목에 의해 대표되어야 한다는 것을 의미한다. 그렇지 않으면 이 영역은 이 도구로 평가할 수가 없다. 마지막으로, 대표성을 고려해 각 영역에 해당하는 질문의 개수가 전체 중 실제 중요도를 반영해야 한다. 그렇지 않으면 자칫 질문을 개발하기 쉬운 정도에 따라 영역 별 질문의 개수가 정해질 위험이 있다 (Streiner et al., 2015).

본 연구에서는 내용타당성을 검토하기 위해 전문가 패널회의와 일반인을 대상으로 한 인지조사를 수행했다.

2) 구성 타당도

구성타당도는 측정하고자 하는 추상적 개념의 구성이 구체적인 세부 질문 항목을 통해 적절하게 측정되었는지를 의미한다. 구성타당도는 어떤 변수와 다른 변수 간 이론적 관계에 직접 관련되며 개념 간의 관계에 대한 이론적 체계에 중점을 두어 평가하게 된다(DeVellis, 2012). 수렴타당도와 판별타당도를 구성타당도의 한 부분으로 보기도 한다. 수렴타당도는 구성개념이 실제 관련이 있는 것과 연관이 있어야 한다는 것인데, 서로 다른 측정도구를 사용하더라도 동일한 개념을 측정한다면 하나의 차원으로 수렴해야 한다는 의미이다. 반대로 판별타당도는 측정도구가 얼마나 유일하고 독특한가를 본다. 상이한 개념을 측정할 때 그 사이에 상관관계는 낮게 나타나야 한다(성태제, 2002; 지은구, 김민주, 2015). 통계적 방법으로는 상관계수법, 실험설계법, 요인분석을 사용할 수 있다.

가장 흔하게 사용하는 요인분석에는 탐색하여 측정하려는 것과 관련 없는 요인을 축소하기 위한 탐색적 요인분석과, 전제된 구조를 확인하는데 사용하는 확인적 요인분석이 있다. 요인분석에서 얻을 수 있는 정보는 이론적 정의에 의한 구성의 차원(dimensionality)이다. 요인분석을 위해서는 여러 측정문항의 값에서 상관관계가 높은 측정변수들끼리 집단화하여 어떤 공통의 요인을 측정하는지를 분석함으로써 다수의 변수를 소수의 요인으로 축약하는 식이다(지은구, 김민주, 2015). 이와 같이 양적으로 평가 가능한 방법도 있지만, 개발문항의 구성이 이론적 근거가 있고 문헌이나 질적 조사로부터 경험적으로 타당하게 도출된 것임을 설명하는 것도 구성타당도의 한 부분이다(Benson, 1998).

이 연구에서 구성적 타당도는 기본적으로 미충족의료의 개념 자체가 의료이용 단계에 따라 서로 다른 종류의 미충족을 의미하며 그 관련된 요인도 다를 것이기에 분리하여 측정하는 것이 마땅하다는 점에서 이론적 근거를 밝히는 것을 핵심으로 한다. 이론적 틀을 제공한 Levesque 등(2013)의 모형을 중심으로 본 연구와의 연결성을 설명할 것이다. 다음으로 구성적 타당도에서 일반적으로 가장 많이 사용하는 요인분석의 적용을 논하면 다음과 같다. 본 연구에서 개발한 측정도구는 한 종류의 개념을 일련의 문항세트로 물어보는 형식의 측정도구가 아니고, 세 가지 의료이용 단계에 따른 미충족 경험을 묻고 각 경험에 대한 가장 큰 이유를 묻는 것이 핵심 문항이다. 미충족의료는 의료 찾기/선택/도달, 의료 이용 중, 의료 이용 결과의 세 단계별 경험으로 구성되어 있고 각 문항이 이를 그렇게 측정하고 있음을 확인하기에는, 즉, 척도에 전제되어 있는 구조를 확인하기 위해 문항이 어떤 공통의 요인으로 구성되어 있는지를 분석하기에는 예상되는 요소에 해당하는 문항은 각각 하나뿐이어서 변수를 요인으로 축약하는 의미가 없다. 만일, 세 문항이 미충족의료라는 한 요인 안에 구성되는지를 본다고 한다면 세 개의 변수를 가지고도 분석해볼 수는 있다. 이 경우 변수 유형이 이분변수이므로 일반적인 요인분석이 아니라 공분산 매트릭스 요인분석을 사용할 수 있다. 같은 맥락에서 다른 도구로 같은 개념을 측정한 값의 상관관계를 보는 수렴/판별

타당도의 경우 의료이용의 세 단계에 대한 미충족의료 경험의 개념이 각기 전반적인 미충족 경험을 측정한다고 볼 수 있으므로 각 응답의 상관관계를 통해 수렴 타당도를 볼 수 있을 것이다. 그럼에도 본 연구는 세 단계의 미충족의료가 하나의 미충족医료를 설명하도록 구성되었음을 증명하거나 최종적인 하나의 지표로 측정하는 것을 목표로 하는 것이 아니기 때문에 요인분석과 수렴타당도가 꼭 필요하지는 않을 것으로 보인다. 그보다도 이론적 틀로부터 측정도구가 어떻게 연결되어 구성되었는지를 밝히는 것이 더 적합하며 충분히 구성적 타당도를 논할 수 있을 것이다.

3) 준거 타당도

준거관련 타당도의 목표는 개발된 도구문항들이 결과 값에 대해 얼마나 예측을 잘 하는지 보는 것이다. 시점에 따라 측정도구가 미래의 행동이나 조건을 예측할 수 있는 능력을 반영하는지를 보는 예측 타당도(predictive validity)와 하나의 측정도구가 유효한 것으로 판단된 이전의 다른 측정도구와 연관이 있는지를 보는 동시적 타당도(concurrent validity)가 있다. 그러나 이 타당성 영역은 시간관계보다도 경험적 관계의 강도가 더 중요하기 때문에 독립적으로 준거 관련 타당도라고 통칭한다. 준거 타당도는 보통 측정도구로 얻어진 결과와 기존의 측정도구 또는 최적 표준값(gold standard)이나 참값과의 연관성을 평가한다. 따라서 결과 값을 예측하기 위한 목적이 아닌 측정도구, 또는 참값을 알기 어려운 측정도구라면 이러한 종류의 타당도를 보는 것은 그리 적합하지 않다(DeVellis, 2012). 본 연구에서 측정하고자 한 미충족의료는 사회적, 시대적 배경에 따라 유동적인 개념으로 참값이나 최적표준이 존재하지 않는다. 간접적이기는 하지만 연결될 것으로 예상되는 변수와의 관계를 통해 타당성을 확인하는 방법으로 개발한 문항의 미충족경험 여부가 주관적 건강상태나 삶의 질과 어떤 상관관계를 갖는지 확인하였다.

4) 기존 문항과의 비교

이론적으로 미충족의료가 높을 것으로 예상되는 특성을 지닌 집단에서의 미충족 경험률과 기존 문항의 연관성, 그리고 개발한 문항의 연관성을 비교했다. 구체적으로는 미충족 여부를 예측 가능한 그룹으로 소득, 시간 자유도, 주관적 건강수준의 세 가지를 선정하였다. 예측그룹 1은 세 요소 중 어느 한 가지라도 낮은 쪽에 속하는 경우를 가정하였고, 예측그룹 2는 두 가지씩 낮은 쪽에 속하는 경우를 가정하였다. 예측그룹 1에 비해 예측그룹 2에서 미충족 경험률이 더 높을 것이라는 가설 하에 각 문항과 연관성에 어떻게 차이가 나는지 살펴보았다.

제2절 연구 결과

1. 측정도구 개발 결과

1) 1차 설문도구(2판)⁶⁾

인지면접 조사와 전문가 패널 회의를 통해 수정한 설문지 2판은 <표 16> 과 같은 구조로 되어 있다. 크게 주관적 건강과 의료이용 파트, 표준형 미충족의료 경험 파트, 단축형 미충족의료 경험 파트, 의료필요 충족을 위한 대응자원 파트, 그리고 일반적 특성을 마지막에 배치하였다.

건강에 관한 응답을 하면서 자연스럽게 의료이용으로 넘어갈 수 있도록 첫 번째 파트는 의료이용에 중요한 영향을 미칠 수 있는 건강과 의료관련 특성을 배치했다. 이 중 의료이용 민감도와 의료이용 개선 정도 인식은 ‘기존의 인식과 태도’에 해당하는 것으로 미충족의료에 대한 판단을 할 때 영향을 미칠 수 있을 것으로 예상하여 이를 보정할 수 있을 것으로 기대했다.

다음으로 미충족 경험 파트에서는 제일 먼저 지난 1년 간 의료필요가

6) 1차 설문도구의 2판은 부록 2에 수록하였다.

있었는지를 먼저 물었다. 이 때 ‘증상이 경미하여 굳이 병의원을 방문하지 않아도 괜찮을 것으로 판단한 경우’는 제외하도록 안내 문구를 삽입했다. 이는 ‘증세가 경미해서’라는 기존 문항의 선택지가 충분히 해석되거나 활용되지 못하고 버려지는 것을 보완하기 위한 방법이며, 한편으로는 의료필요의 하한선을 제시하는 역할을 할 것으로 기대했다. 의료필요의 상황은 기존의 급성, 만성, 응급, 예방 의료필요로 구분하지 않았다. 이는 전문가가 판단한 의료필요의 정의에 해당하며, 본 연구에서 확장한 의료필요의 정의를 적용하면 이용자의 관점에서 언제 의료를 필요로 하는지를 반영해야 한다. 여기에는 생물학적 차원의 의료필요 외에도 정신적이고 심리적으로 의료가 필요한 상황과 사회적으로 구성된 의료필요가 포함된다. ‘증상이 점점 심해져 참고 견디기가 힘들어져서’, ‘상태가 궁금하거나 불안하여 상담이나 검사, 건강검진을 받아보고 싶었던 경우’ 나 ‘특별한 증상이 없이 일상적인 건강검진’을 하는 것은 기존의 ‘급성질환’이라는 기준이나 ‘예방적 진료’와 겹치기도 하지만 겹치지 않는 부분도 포함한다. 사람들이 이러한 상황에서 의료 필요를 느끼고 이용하고자 한다는 것은 초점집단 논의로부터 드러난 것이다. 만일 의료필요가 없었다면 미충족의료 역시 성립되지 않기 때문에 미충족의료 경험 문항은 의료필요가 있다고 응답한 사람에 한하여 이루어지도록 설계했다. 의료필요가 있었다고 응답한 사람에서 기존에 의료패널에 포함된 미충족의료 문항을 먼저 묻고, 다음으로 본 연구에서 개발한 미충족의료 문항을 배치했다. 같은 사람에게 두 종류의 문항을 함께 물음으로써 어떠한 차이를 보이는지 비교할 수 있다. 개발한 미충족의료 문항은 첫 번째는 의료 찾기, 선택, 도달 단계, 두 번째는 의료 이용 중 단계, 세 번째는 의료이용 결과 단계로 크게 세 단계의 의료이용 단계를 나누었다. 각 단계에서 네 가지를 물었는데 우선 해당 단계에서 지난 1년 사이에 미충족(이용을 원활하게 하지 못했거나 기대에 미치지 못해 불만족했던 경험)이 있었는지를 확인하고 그 당시의 의료필요 상황이 무엇이었는지, 미충족 이유는 무엇이었는지를 물었다. 분석을 위해 의료필요 상황은 가장 최근의 일을, 미충족 이유는 가장 중요한 것을 하나씩만 답하도록 하였다. 미충족 경

험의 연속적 유형을 반영하기 위해 각 단계에서 대표적으로 발생 가능한 미충족 유형을 매치했다. 의료 찾기, 선택, 도달 단계에서는 이용 지연과 미이용을, 의료이용 중 단계에서는 과소이용과 이용 포기를, 의료이용 결과 단계에서는 의료 재이용을 각각 배치하고 미충족 경험 중 다음과 같은 경험이 얼마나 자주 있었는지를 물음으로써 경험의 정도를 파악하고자 했다. 이렇게 미충족의료의 유형을 분류함으로써 기존의 지표에서 미충족医료를 정의하는 ‘미치료’ 또는 ‘미이용’으로부터 이용과정에 발생 가능한 다양한 미충족 경험을 측정할 수 있게 하였다. 각 의료이용 단계별 미충족 이유의 선택지는 연구 1에서 파악된 경험을 개념화하여 구성하였다. 의료 찾기, 선택, 도달 단계에서는 ① 전공과목에 결정의 어려움, ② 병의원 선택의 어려움, ③ 가용한 병의원의 부족, ④ 혼자 내원하기 어려움, ⑤ 병의원 운영 시간대에 맞추어 가기 어려움, ⑥ 의료비 걱정으로 구분하였다. 기존 문항에서 정보가 부족해서라는 문항이 사실 여러 종류의 미충족으로 구분될 수 있고, 시간이 없어서라는 질문 역시 결국은 가용한 의료기관과의 거리와 병의원 내원 가능한 시간 등이 복합적으로 포함된 것이기 때문에 가능한 분리하였다. 기존 문항에서 의료를 이용하지 못한 이유는 주로 개발한 문항에서 찾고 선택하는 단계와 맞물린다. 단지 의료기관까지의 거리가 멀거나 정보가 부족한 것 외에도 ‘어느 곳을 선택하는 것이 좋을지 잘 몰라서’ 나 ‘근처에 갈 만한 병원이 없어서’ 라는 선택지가 포함된 것은 면담에서 의료를 이용하는데 사람들이 느끼는 미충족에 의료인과 의료기관에 대한 신뢰 부족이 큰 부분을 차지하는 것으로 나타났기 때문이다. 사람들은 단지 낮은 질이나 질의 불균등함으로 인한 불안 외에도 나에게 사기를 치지 않고 수익을 앞세우지 않는 진정으로 나에게 좋은 방향으로 진료해줄 그야말로 ‘믿을 수 있는’ 의사나 의료기관을 찾기를 가장 원하고 또 어려워했다. 의료이용 중과 결과 단계의 미충족 이유 부분은 기존에 아예 측정되지 않던 미충족 영역이다. 의료이용 중 단계에서는 ① 의료진의 태도, ② 충분한 설명 부족, ③ 시설이나 진료 환경의 문제, ④ 절차와 과정의 어려움, ⑤ 예상 이상의 의료비, ⑥ 대기시간 대비 짧은 진료시간 으로 구분했다. 의료비

의 경우 단지 의료를 이용하기 전에 고려하는 것만이 아니라 의료를 이용하는 중에도 늘 고려하며 부담을 가지고 상황에 따라 의료를 중간에 포기하거나 적게 받게 만드는 요인이 되기도 하므로 다시 선택지에 포함되었다. 의료이용 결과 단계에서의 이유는 ① 효과의 미흡함, ② 사후관리 설명 부족, ③ 불안함과 궁금증 미해결, ④ 의료진으로 인한 불쾌함, ⑤ 과도한 상업성으로 구분했다. 의료진과의 접촉 중 불쾌한 경험이라는 이유는 의료이용 중 단계의 의료진 태도와 비슷하지만, 이용 중 느낀 것과 결과적으로 그러한 태도가 존엄성을 훼손하였다면 별개의 이유가 될 수 있을 것이라 판단했다. 과도한 상업성 역시 단지 의료이용의 과정에서 경험하는 것이기도 하지만 의료를 이용한 전반에서 받을 수 있는 인상에 가까워 결과 부분의 이유로 포함하였다. 의료인과의 커뮤니케이션은 진료와 검사과정 자체에 대한 것도 있지만 환자가 의뢰한 어떤 증상이 앞으로 어떻게 될 것이고 어떻게 관리해야 하는지에 대한 것도 포함이 된다. 이는 의료를 이용한 후 이용자가 어떤 행동을 취해야 하는지 알고 자신의 증상에 대해 예측할 수 있게 해준다는 점에서 결과 부분의 미충족 이유로 포함하였다.

다음으로 의료필요 충족을 위한 대응자원은 의료인 인맥, 의료이용에 대한 주 정보원, 미충족의료 발생시 대응할 수 있는 가능성으로 구분하였다. 대응 가능성은 두 종류로, 하나는 미충족시 다시 이용하기를 원한다면 이를 대체할 의료자원이 충분한지와, 불만과 개선요구를 하는 편인지를 물었다. 이 부분부터는 처음에 의료필요가 없었다고 응답한 사람도 포함하여 조사하였다.

학력이나 직업, 소득과 같은 일반적인 사회경제적 특성에 대해서는 거부감을 줄이기 위해 맨 마지막으로 배치하였다. 가구원의 수는 가구 유형에 따라 의료이용의 패턴이 다를 수 있어 포함시켰으며, 시간 운용의 자유도는 맨 마지막 문항으로 포함시켰다. 거주지와 성별은 조사 당시 조사원이 체크하는 것으로 되어 있어 따로 문항으로 구성하지는 않았다.

표 16. 1차 미충족의료 측정도구의 문항 구조

영역(문항 수)		개념	
주관적 건강과 의료 이용(10)		주관적 건강상태(5점 척도)	
		삶의 질 (EQ-5D)	
		건강보험 유형	
		민간의료보험 유무	
		의료이용 민감도	
		의료이용 개선정도 인식	
(지난 1년 간) 미충족의료 경험 -표준형(18)	의료 필요 (2)	의료필요 경험 여부	
		의료필요 종류	
	기존문항-의료패널(2)	미충족의료 경험 유무	
		미충족의료 경험 이유	
		의료 찾기, 선택, 도달	
		미충족의료 경험 유무	
		당시 의료필요상황	
		당시 미충족 이유	
	개발 문항 (14)	의료이용 중	
		의료이용 결과	
(지난 1년 간) 미충족의료 경험 - 단축형(6)		미충족으로 인한 결과 유형과 빈도	
		의료선택, 추구, 도달	
		미충족의료 결과 유형에 따른 경험 유무	
		의료이용 중	
의료필요 충족을 위한 대응자원(4)		당시 미충족의료 이유	
		의료이용 결과	
		의료이용에 관한 소셜 네트워크	
		의료이용에 관한 정보원	
일반적 특성(8)		미충족의료 대응 가능성	
		대체 의료자원의 충분함	
		불만 제기, 개선요구 경향	
		학력	
	경제활동	취업상태	
		직업유형	
		종사상 지위	
		월평균 가구소득	
		가구원 수	
		시간 운용의 자유도	

2) 단축형 설문문항의 개발

의료필요 여부를 포함하면 표준형 문항으로 미충족의료 경험을 측정하기 위해 16개의 문항이 필요하다. 단 두 문항으로 대리지표(proxy)의 역할을 할 수 있었다는 것은 기존 미충족의료 지표의 장점이다. 따라서 측정도구에서도 더 부담 없이 활용할 수 있도록 단축형을 함께 만들었

다. 본 측정도구의 구조가 한 잠재변수를 여러 문항으로 측정하는 방식이 아니기 때문에 표준형에서 측정하려는 핵심적인 요소를 가능한 만큼 포함하면서 문항을 줄이려고 하였다. 그 결과 의료필요의 상황을 묻는 문항을 제외하고 미충족으로 인한 결과 유형을 미충족의료 여부를 묻는 문항과 합쳤다. 예를 들어 의료 찾기, 선택, 도달 과정에서 미충족 여부를 묻는 문항은 예, 아니오가 아니라 이용 지연, 미이용, 아니오로 구분하였다. 이 과정에서 빈도에 대한 정보는 누락되었다. 전체 구조는 의료이용의 세 단계별로 미충족 여부와 이유를 묻도록 하여 총 6문항으로 압축되었다. 미충족의료의 이유 문항에서 선택지를 줄이기 위해 유사한 개념에서 분화된 선택지를 합쳤다. 예를 들어 의료 찾기, 선택, 도달 단계의 미충족 이유에서 전문과목 선택과 적절한 의료기관 선택의 어려움을 합하여 정보의 문제로 포괄하였다. 의료이용 중 단계의 선택지는 제공자의 태도 요인과 설명의 부족을 한 선택지로 합하였고, 시설과 진료환경, 절차와 과정의 어려움을 합하여 환자에게 편안한 병원환경이라는 개념으로 포괄했다. 의료이용 결과 단계에서는 예방과 사후관리에 대한 설명 부족을 불안함이나 궁금함이 남아서라는 선택지와 합하였다.

3) 2차 설문도구(3판)⁷⁾

1차 도구를 이용한 표본조사 결과를 바탕으로 2차 조사 전에 측정도구를 한 번 더 개정하였다. 2차 설문도구에서 수정된 부분은 아래에 서술하였으며, 전체 구조 중 바뀐 부분을 <표 17>에 음영으로 표시하였다.

(1) 선별질문

2차 표본조사는 의료필요가 있었던 사람만을 대상으로 하기 위해 의료필요를 묻는 질문을 선별질문으로 바꾸어 제일 처음에 배치하였다. 묻는 문항의 내용은 바꾸지 않았다.

7) 2차 설문도구인 3판은 부록 3에 수록하였다.

(2) 의료체계에 대한 인식

1차 설문도구에서 기존 인식에 대한 문항으로 의료이용 민감도와 의료이용 개선에 대한 인식 문항이 포함되었다. 2차 연구에서는 한국 의료체계에 대한 인식을 묻는 문항을 추가로 포함하였다. 의료이용 개선에 대한 인식은 응답이 너무 치우쳐 분석에 의미가 없을 것으로 판단하여 2차 도구에서는 제외하였다.

추가된 문항은 ‘한국 의료에 대한 만족과 신뢰도’, ‘의료보장의 사회적 권리 인식’, ‘한국사회의 불평등에 대한 인식’의 세 가지다. 한국 의료에 대한 만족과 신뢰도는 의사와 제도 전반에 대해 나누어 5점 척도로 물었다. 허순임과 이혜재(2016)는 의료제도에 대한 인식이 좋지 않을수록 미충족의료를 경험하는 것과 연관이 있음을 밝힌 바 있다. 의료보장의 사회적 권리 인식은 규범적 응답이 나올 것에 대비하여 ‘자기 잘못으로 생명이 위태로울 정도로 크게 다쳐 응급 치료를 받고 큰 비용을 부담하게 되었다.’라는 가정을 두고 개인과 사회의 비용 부담 책임을 %로 질문하였다. 한국사회 불평등 인식은 전반적 불평등에 대해 5점 척도로 물었다.

(3) 단축형 설문

1차 조사에서 단축형 설문은 최대한 표준형 설문의 개념을 압축하는 데에 초점을 두었다면, 2차 조사의 단축형 설문은 문항의 개수를 줄이되, 표준형 질문 문항의 의미를 그대로 담아내는 데에 초점을 두었다. 1차 조사에서 의료 찾기, 선택, 도달 과정에서 미충족 여부를 묻는 문항을 이용 지연, 미이용, 아니오로 구분하였다면, 2차 조사에서는 표준형에서의 본 질문을 살려 ‘고민은 되었으나 지연되거나 가지 못한 적이 없음, 이용 지연됨, 미이용, 아니오’로 더 세분화하였다. 나머지 의료이용 단계의 질문에서도 마찬가지로 적용하였다. 선택지의 경우 1차 조사에서와 동일한 방식을 적용하였다.

(4) 미충족의료에 대한 대응자원

의료필요 충족을 위한 대응자원에서 의료기관의 가용성은 1차 조사와

동일하게 적용하였고, 불만에 대한 문제 제기와 개선 요구 경향은 자원의 특성에 맞게 역량을 묻는 것으로 약간 수정하였다. 여기에 문제제기 역량보다 조금 더 근본적인 건강과 의료 문해력의 일종으로 의사와의 의사소통 역량을 추가로 확인하고자 하였다.

(5) 의료이용 전후의 건강상태 변화

마지막으로는 미충족의료가 건강에 미치는 영향에 대해 확인하고자 처음 선별질문에서 응답한 의료필요가 있었던 당시에 비하여 지금의 건강상태가 어떻게 되었는지를 5점 척도로 질문했다.

표 17. 2차 미충족의료 측정도구의 문항 구조

영역(문항 수)		개념
<선별질문> 의료 필요(2)		의료필요 경험 여부
		의료필요 종류
주관적 건강과 의료 이용(12)		주관적 건강상태(5점 척도)
		삶의 질 (EQ-5D)
		민간의료보험 유무
		의료이용 민감도
	보건의료 체계에 대한 인식	한국의 의료에 대한 만족/신뢰
		의료보장의 사회적 권리에 대한 인식
		한국사회 불평등에 대한 인식
(지난 1년 간) 미충족의료 경험 -표준형(16)	기존문항-의료패널(2)	미충족의료 경험 유무 미충족의료 경험 이유
	개발 문항 (14)	의료 찾기, 선택, 도달
		미충족의료 경험 유무
		당시 의료필요상황
		당시 미충족 이유
		미충족으로 인한 결과 유형과 빈도
(지난 1년 간) 미충족의료 경험 -단축형(6)	의료선택, 추구, 도달	미충족의료 결과 유형에 따른 경험 유무
	의료이용 중	
	의료이용 결과	당시 미충족의료 이유
의료필요 충족을 위한 대응자원(6)	의료이용에 관한 소셜 네트워크	
	의료이용에 관한 정보원	
	시간 운용의 자유도	
	미충족의료 대응 가능성	대체 의료자원의 충분함
		의사소통 역량
		불만 제기, 개선요구 역량
일반적 특성(6)	학력	

	경제활동	취업상태
		직업유형
		종사상 지위
	월평균 가구소득	
	가구원 수	
건강 변화(1)	미충족 경험 당시에 비한 현재 건강상태	

2. 신뢰도 평가

1) 조사-재조사(test-retest reliability)

조사-재조사 신뢰도 평가는 1차 조사에서 수행하였다. 카파계수는 0.2-0.4를 어느 정도 일치도, 0.4-0.6을 적당한 일치도, 0.6-0.8을 상당한 일치도, 그 이상을 완벽한 일치도로 본다(Landis & Koch, 1977). 주요 측정문항인 미충족의료 경험의 응답 일치율(percent agreement) 과 카파 검정은 일부 문항에서 선택지의 개수가 많아 60명의 재검사 수로는 충분한 검정 값을 내기 어려웠으나 선택지의 개수가 3개 이하인 경우는 대부분 적합하였으며 단축형 설문문항은 전체 문항에 비해 선택지가 적어 상대적으로 더 나은 결과 값을 보였다(표 18).

표 18. 조사-재조사 신뢰도

문항	% Agreement	Kappa
의료필요 여부	88.3%	0.76
미충족의료 여부(기존 문항)	95.5%	0.86
의료추구와 도달 단계	미충족의료 경험	100%
	의료필요 상황	66.7%
	미충족 이유	66.7%
	결과 유형-방문 지연	66.7%
	결과 유형 - 방문 포기	100%
의료이용 중 단계	미충족의료 경험	100%
	의료필요 상황	insufficient observation
	미충족이유	insufficient observation
	결과유형	insufficient observation
의료이용 결과 단계	미충족의료 경험	100%
	이하 문항	insufficient observation

단축형 문항	의료추구와 도달 단계	미충족의료 경험	95.5%	0.83
		미충족 이유	100%	1.00
	의료이용 중 단계	미충족의료 경험	100%	1.00
		미충족 이유	100%	too few rating categories
	의료이용 결과 단계	미충족의료 경험	95.5%	0.91
		미충족 이유	100%	1.00

2) 동형검사 신뢰도

(1) 1차 설문도구

개발된 설문문항에서 표준형 문항은 의료이용의 세 단계에 따른 미충족 경험의 여부, 각 경우의 의료필요 상황, 미충족 이유, 그로 인해 발생한 미충족 결과의 수준과 빈도를 물었다. 단축형 설문문항은 의료이용 세 단계에 대해 각각 미충족 경험을 묻는 것은 동일하나 각 경우의 의료필요 상황과 미충족 결과의 빈도는 묻지 않고 미충족 이유만을 묻는 문항으로 구성되었다. 미충족 이유 중 비슷한 개념에 해당하는 세부 선택지는 하나의 선택지로 종합하고 미충족 수준은 미충족 여부 문항에 결합하여 질문하는 방식을 취했다.

의료이용의 세 단계 별로 구성된 미충족경험 여부와 이유에 대해 각각 응답 일치율을 확인하였다(표 19). 표준형 문항과 단축형 문항 간 선택지의 수가 다르기 때문에 비슷한 개념을 축약하여 숫자를 줄인 단축형 문항을 기준으로 코딩을 변환하여 일치도 검증을 수행하였다. 단축형 설문항목 결과는 전체 설문과 비교할 때 의료이용 단계별 미충족 유형이나 이유에서 완전히 동일한 경향을 보이지는 않았다. 그러나 응답 일치율과 카파계수를 봤을 때 대부분 적당하였고 일부는 상당한 일치도를 보였다.

표 19. 미충족의료 경험의 표준형 문항과 단축형 문항의 응답 일치도 - 1차 조사

문항		% Agreement	Kappa
의료 추구와 도달 단계	미충족 경험	79.26%	0.47
	미충족 이유	74.29%	0.65
의료이용 중 단계	미충족 경험	90.32%	0.65
	미충족 이유	80.77%	0.74

의료이용 결과 단계	미충족 경험	85.25%	0.55
	미충족 이유	74.07%	0.64

(2) 2차 설문도구

1차 조사 이후 개정한 2차 설문도구에서 단축형 설문의 문장과 선택지를 상당 부분 바꾸었기 때문에 2차 설문도구 결과로 전체 문항과 단축 문항 간의 응답 일치율을 다시 확인하였다(표 20). 미충족 경험에서는 카파 계수가 모두 0.4 이상으로 적당한 일치도를 보였으나 미충족 이유는 0.2 수준으로 1차 조사의 결과와 비교할 때 상당히 떨어졌다. 1차 조사 때는 오히려 경험 여부보다 이유에서 일치도가 높았던 것과 비교하면 잘 이해하기가 어렵다. 문항의 수정은 주로 미충족 경험을 묻는 데서 바뀌었고 이유를 묻는 문항은 거의 그대로 두었는데도 일치도가 떨어진 데에는 다음과 같은 이유가 가능하다. 첫째, 앞의 미충족 경험을 묻는 문항이 세분화되면서 표준형 미충족 경험과는 다른 종류의 의료경험을 떠올렸을 가능성이 있다. 미충족의 이유와 달리 경험여부의 일치율이 높게 나온 것은 표준형과 단축형에서 서로 다른 상황을 떠올렸다고 하더라도 있던 경험을 없던 것으로 기억하게 될 확률은 낮기 때문인 것으로 보인다. 둘째, 조사 대상자의 나이나 소득수준 등이 1차 조사 대상자와 다르기 때문에 관련된 요인에 의해 응답의 변동이 더욱 컸을 수 있다. 셋째, 1차와 2차 조사에서 다른 조사원이 투입되었고 조사한 시기도 여름과 겨울로 차이가 나기 때문에 조사원의 태도나 조사환경이 달라졌기 때문일 수 있다.

표 20. 미충족의료 경험의 표준형 문항과 단축형 문항의 응답 일치도 - 2차 조사

문항		% Agreement	Kappa
의료 추구하고 도달 단계	미충족 경험	75.75%	0.46
	미충족 이유	43.48%	0.26
의료이용 중 단계	미충족 경험	73.50%	0.48
	미충족 이유	44.30%	0.23
의료이용 결과 단계	미충족 경험	79.50%	0.53
	미충족 이유	43.21%	0.24

단축형 문항은 미충족경험의 여부를 묻는 문항에서 선택지를 세분하여 경험 여부와 동시에 의료이용 지연, 미이용, 과소이용, 이용포기, 재이용 등을 함께 물을 수 있도록 구성하였다. 이를 표준형 문항에서 따로 물었던 항목과 비교하여 응답 일치도를 확인하였다(표 21). 그 결과 이용 지연, 미이용, 과소이용, 재이용의 경우 어느 정도의 일치도를 보였지만 이용 포기의 경우 상당히 불일치하게 나타났다. 표준형에서는 이미 미충족경험을 했다고 응답한 사람에 한해서 이용 지연이나 과소이용과 같은 미충족의 영향을 질문했으므로 처음부터 미충족 경험을 여러 종류로 물어본 방식과 문항의 순서와 응답자의 범위에 차이가 난다. 표준형과 단축형 문항에서 내용은 같다고 할지라도 문항의 순서나 구조가 달라 앞의 경우와 유사하게 응답자가 상기한 경험이 서로 다르기 때문일 것으로 보인다. 또는 이용 지연, 과소이용이나 이용 포기가 미이용이나 재이용보다 그 경험 여부를 판단하기 애매하여 상대적으로 일치도가 떨어졌을 수도 있다.

표 21. 미충족의료 경험 세분화 전체 문항과 단축 문항 간 응답 일치도 - 2차 도구

문항		% Agreement	Kappa
의료 추구와 도달 단계	이용 지연	60.94%	0.22
	미이용	78.91%	0.26
의료이용 중 단계	과소 이용	59.38%	0.20
	이용 포기	65.63%	0.09
의료이용 결과 단계	재이용	66.30%	0.34

3) 기존 문항과의 비교

기존 문항의 경우 지역사회건강조사 자료를 보면 지역 간의 편차가 심한 편이다. 어떤 군 지역은 경험률이 하위 10개 안에 속하는 반면, 상황이 그리 다르지 않은 군 지역인데도 대도시 지역과 함께 상위 10%에 속하기도 한다. 예컨대 2013년도 조사 자료에 의하면 전남 완도군은

23.7%인 반면, 전남 진도군은 3.6%에 불과하다. 이와 같이 기존 문항과 조사의 신뢰도에 대한 문제가 제기되기도 했다(김재롬, 2016). 이에 본 연구에서는 미충족의료가 발생할 확률이 높은 집단을 가정하여 하위그룹으로 나눈 뒤 미충족 경험률을 계산한 후 산포도와 표준편차를 통해 신뢰도를 비교하였다. 미충족 경험의 관련 요인으로 사회경제적, 의료적, 대응자원에서 가장 잘 알려진 소득수준, 주관적 건강수준, 시간적 여유의 세 가지를 선정하였다. 예측집단 1은 각 세 가지 중 하나라도 좋지 않은 경우를 설정하였고 예측집단 2는 각 세 가지 중 두 개씩 포함한 경우를 설정하였다. 예측집단 3은 세 요인 모두가 좋지 않은 경우인데 산포도를 보기에 숫자가 적으면 분석에 의미를 두기 어려워 예측집단 1로만 분석하였다. 1차와 2차 조사 자료를 합할 때 동일한 조건을 주기 위하여 분석은 의료필요가 있었던 총 617명만을 대상으로 수행했다. 예측집단 1은 총 273명이고 이들에 무작위 수를 부여하여 10개의 하위집단으로 나누었다. 각 하위집단에서 기존 문항과 개발한 세 단계의 미충족 경험률을 계산하고 표준편차를 구했다. 기존 문항은 8.53, 개발문항 중 의료 찾기/선택/도달 단계는 8.74, 의료이용 중 단계는 5.99, 의료이용 결과 단계는 5.92로 기존 문항에 비해 개발 문항의 이용 중 단계와 결과 단계의 표준편차가 낮았다. 산포도는 <그림 5>에서 <그림 8>에 표시하였다.

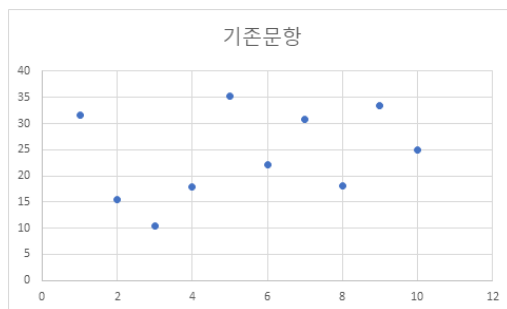


그림 5. 기존문항으로 측정한 하위집단 경험률의 산포도

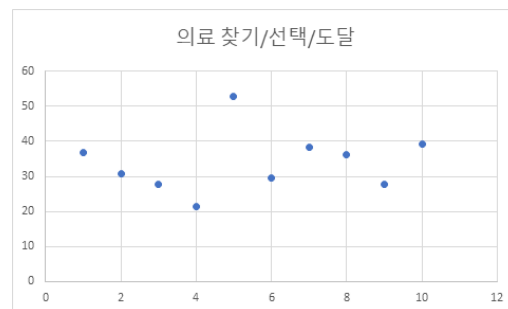


그림 6. 개발문항으로 측정한 하위집단 경험률의 산포도 - 의료 찾기

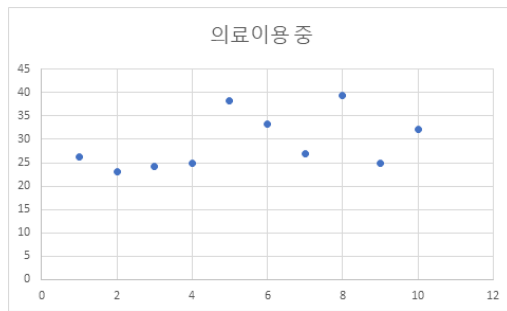


그림 7. 개발문항으로 측정한 하위집단 경험률의 산포도 - 의료이용 중

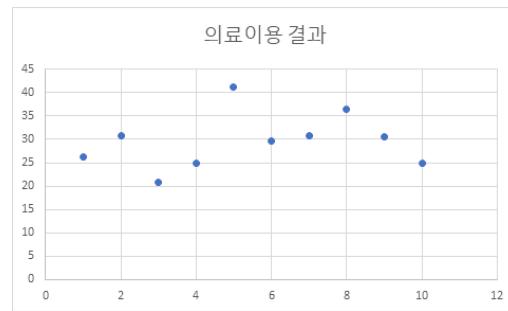


그림 8. 개발문항으로 측정한 하위집단 경험률의 산포도 - 의료이용 결과

3. 타당도 평가

1) 내용 타당도(content validity)

(1) 인지 면접조사 결과

인지면접조사 결과 문항의 특정 표현이나 선택지의 중복성에 대해 응답한 부분은 다음과 같았다.

기존의 미충족의료 문항에서 이유에 대한 선택지 중 겹치는 항목으로 느껴진다고 응답한 경우는 ‘방문시간이 없다’는 것과 ‘아이를 봐줄 사람이 없다’는 것이 결국 시간적인 여유가 없는 문제이기 때문에 겹친다고 생각하거나 ‘방문시간이 없어서’와 ‘빠른 시일 내 예약이 되지 않아서’ 역시 시간에 관련된 것이므로 겹친다고 생각했다. 그 외에 ‘증세가 경미해서’와 ‘빠른 시일 내 예약이 되지 않아서’는 결국 다른 의료기관을 이용하게 되는 것과 연관된 상황이라고 응답한 경우가 있었다.

문항의 표현 중 ‘불만족스럽다’와 ‘필요한 것을 다 충족하지 못했다’라는 말에 차이가 있는지를 물어보았을 때 차이가 없다는 응답이 있다는 응답에 비해 월등히 많았다. 그 의미에 대해 ‘검사 결과에 대한 성의 없는 대답과 기분이 상하는 것’, ‘내 스스로의 기준이나 기대에 미치지 못하는 것’, ‘마음이 언짢은 느낌’, ‘의료행위의 불친절’, ‘병원 치료비가 많이 나오거나 오래 걸린 것’, ‘받아야 할 서비스를 원하는 만큼 받지 못한

것’, ‘설명이 부족한 것’, ‘지불한 가치만큼 서비스를 받지 못하는 것’, ‘의사의 태도’ 등 다양한 측면에서 불만족 또는 미충족을 비슷한 것이라고 응답했다.

그 외에도 문항과 선택지를 이해하는데 어려움이 있거나 불쾌감을 느낀 문항과 정도를 알 수 있었다. 아래 <표 22>에 정리한 것과 같이 문항이나 선택지를 이해하기 어렵다는 응답이 높았던 문항은 선호하는 병원의 유형, 민간의료보험 보유 여부와 같이 용어 자체의 어려움을 호소하는 유형, 그리고 의료필요와 이용 단계를 묻는 질문에서 문항 표현과 선택지의 제한 등으로 생긴 어려움이 있었다. 불쾌감을 유발하게 만든 문항으로는 만성관리 질환, 민간의료보험, 소득과 같이 민감한 개인정보를 묻는 경우에 해당했다.

표 22. 인지 면접 조사에서 문항 이해도와 불쾌감 응답률

구분		응답률(%)
일반적 특성	가족구성원	문항 이해 어려움 3.3
		선택지 이해 어려움 3.3
		답변시 불쾌감 10
	만성관리질환	문항 이해 어려움 5
		선택지 이해 어려움 10
		답변시 불쾌감 20
	선호하는 병원유형	문항 이해 어려움 23.3
		선택지 이해 어려움 20
		답변시 불쾌감 10
	민간의료보험 보유여부	문항 이해 어려움 28.3
		선택지 이해 어려움 31.7
		답변시 불쾌감 38.3
	월평균 소득	문항 이해 어려움 11.7
		선택지 이해 어려움 38.3
		답변시 불쾌감 21.7
미충족의료 경험 일반	1년 간 미충족의료 경험	문항 이해 어려움 16.7
		선택지 이해 어려움 13.3
		답변시 불쾌감 8.3
	미충족 이유	문항 이해 어려움 12.1
		선택지 이해 어려움 9.1
		답변시 불쾌감 9.1
	의료필요 여부	문항 이해 어려움 5
		선택지 이해 어려움 9.1
		답변시 불쾌감 0
	의료필요 내용	문항 이해 어려움 30.5
		선택지 이해 어려움 13.2
		답변시 불쾌감 3.8
	의료선택, 찾아가기	문항 이해 어려움 20.8

영역별 미충족 의료 경험	미충족	선택지 이해 어려움	3.8
		답변시 불쾌감	5.7
		문항 이해 어려움	0
	의료 이용 과정 미충족	선택지 이해 어려움	5.7
		답변시 불쾌감	11.3
		문항 이해 어려움	7.5
	의료이용 결과 미충족	선택지 이해 어려움	7.5
		답변시 불쾌감	1.9
		문항 이해 어려움	8.7
	미충족시 대응	선택지 이해 어려움	13.0
		답변시 불쾌감	8.7
		문항 이해 어려움	15.1
	의료 선택, 찾아가기	선택지 이해 어려움	1.9
		답변시 불쾌감	1.9
		문항 이해 어려움	20.8
의료필요 충족을 위한 자원	의료이용 과정	선택지 이해 어려움	13.2
		답변시 불쾌감	13.2
		문항 이해 어려움	13.2
	의료이용 결과	선택지 이해 어려움	9.4
		답변시 불쾌감	9.4
		문항 이해 어려움	3.3
	병의원 이용시 도와줄 의료인	선택지 이해 어려움	1.7
		답변시 불쾌감	8.3
		문항 이해 어려움	1.7
	의료이용 정보	선택지 이해 어려움	1.7
		답변시 불쾌감	3.3
		문항 이해 어려움	5.0
	의료필요 미충족 대응 가능성	선택지 이해 어려움	3.3
		답변시 불쾌감	8.3
		문항 이해 어려움	

인지면접조사 결과를 통해 먼저 만성관리질환과 같이 불쾌함을 유발하고 분석했을 때 적용가능성이 떨어진다고 판단되는 항목들을 제거하거나 개인정보 수집을 최소화할 수 있도록 수정했다. 그러나 민간보험 보유 여부나 소득수준과 같이 반드시 필요하거나 중요한 변수의 경우는 문항을 유지하되 보충 설명을 추가하는 식으로 보완했다. 다음으로는 표현 중 의료필요의 범위와 같이 애매한 표현을 명확히 구분하여 서술하도록 했으며, 마지막으로 전체 질문항목을 더욱 구조화하여 문항 수를 단축함으로써 중복과 긴 설문시간으로 인한 전반적인 인지 피로도를 줄이고자 하였다. 본 연구의 목적은 미충족의료의 개념과 구성요소를 탐색하고 기존 문항보다 구체적인 현황을 파악하는 것이므로 선택지의 수나 표현을

줄이는 데 한계가 있었고, 이는 설문조사에서 신뢰도를 떨어뜨릴 수 있는 장애물로 작용했을 가능성이 있다.

(2) 전문가 패널 회의 결과

전문가 패널 회의는 연구자(3명), 의료제공자(3명), 이용자(2명)와 같이 다양한 관점에서 설문문항의 타당성을 평가할 수 있도록 구성하였다. 사전에 작성된 설문지 1판을 제공하고 회의 당일 문항의 적절함과 설문지의 전반적인 방향에 대해 논의하였다. 1회의 대면 회의 후 이메일을 통해 추가로 피드백을 받아 설문지 수정에 반영하였다. 이후 수정한 설문지 2판을 회람하고 다시 피드백을 받는 과정을 거쳤다.

전문가 패널의 의견은 다음과 같았다. 첫째, 전체 설문의 목적과 측정 범위의 경계를 명확히 하여 중복된 질문을 피할 것, 둘째, 설문항목을 개념화하여 정리할 것, 셋째, 사회경제적 조건에 따라 달라지는 미충족 인식을 보정할 방안을 마련할 것.

설문지 1판의 구조는 본래 의료이용의 세 단계별로 경험할 수 있는 7개 내외의 미충족 유형을 경험했는지 여부와 그 빈도를 묻는 형태로 구성되었다. 그러나 전문가 패널 회의의 의견을 반영하여 이를 보다 구조화하고 개념화한 형태로 변경하여 설문 2판을 구성하였다. 즉, 의료이용 단계별로 여러 유형의 미충족 경험 여부를 개별적으로 묻기보다는 단계별로 경험 여부와 그 상황, 이유, 정도와 빈도와 같은 정보를 얻을 수 있도록 구조화 하고 초반에 선정하였던 여러 경험유형은 경험적 방식보다는 개념적 형태로 바꾸어 문항의 선택지로 전환하였다. 이 과정에서 경험적 질문의 중복을 줄이고 구조적 질문의 핵심 문항만 떼어 단축형 설문지를 구성하였다. 표준형 설문과 단축형 설문은 결국 같은 내용을 담고 있기 때문에 설문의 목적을 설명하고 양해를 구하는 문구를 삽입하였다.

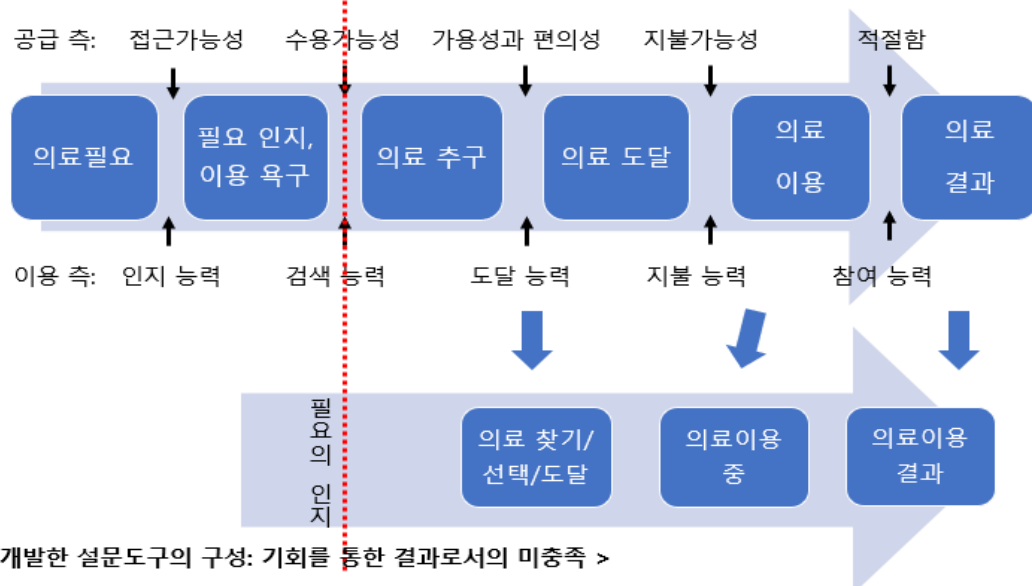
2) 구성 타당도(construct validity)

(1) 이론적 근거

설문 구조는 의료필요가 있는 사람에서 의료를 찾고 선택하고 이동하여 도달하는 과정, 의료를 이용하는 과정, 의료를 이용한 결과의 각 단계에서 의료필요가 각기 얼마나, 무엇 때문에 미충족 되었는지를 물었다. 기존 문항과의 가장 큰 차이점이 바로 이 의료이용의 단계를 나누어 구조화한 부분이며, 이것은 Levesque 등(2013)의 연구에서 제시한 ‘환자 중심 접근성 모델’을 빌려온 것이다. 이 모델은 기존의 접근성 논의가 공급자나 경제적 차원에서 주로 이루어진 것과 달리 환자 중심의 관점에서 접근성을 새롭게 개념화 했다는 점에서 의미가 있다. 또한 각 접근성 요소에 대한 측정도구를 개발해나가는 과정을 통해 실용성과 적절성을 입증해나가는 중이다(Haggerty et al., 2014; Haggerty & Levesque, 2015). 이 모델은 환자의 관점에서 의료필요가 생기고 인지하면서부터 그것을 충족하는 결과까지를 여러 단계로 구분하였고, 여기서 접근성은 공급되는 자원과 체계를 한 축으로 하고 이를 이용할 수 있는 이용자의 능력을 마주하는 다른 축으로 삼았을 때 ‘의료필요가 충족될 수 있는 기회’로 정의하였다. 각 의료이용의 단계마다 공급/체계 축과 이용자 축에서 연관되는 요소가 다르다. 예를 들어 필요로부터 이를 인지하는 단계에서 접근 가능성에는 제도로부터 기인하는 투명성, 정보, 검진 등이 포함되고, 인지 능력에는 개인의 건강 문해력, 건강 신념, 신뢰와 기대 등이 포함되는 식이다.

이 연구는 환자 중심 접근성 모델이 본 연구의 관점과 부합하다고 여겨 그 틀을 이용했다. <그림 9>와 같이 문항의 개발 과정에서 해당 모델의 여러 단계를 의료이용의 전과 후를 구분한 세 단계로 정리했다. 질적 연구에서는 의료필요가 생기고 나서부터 필요를 인지하고 의료를 이용하기로 생각한 전 단계를 파악할 수 있었던 반면, 양적 연구에서는 방식의 특성상 필요를 인지하기 전 단계는 측정할 수가 없어 의료추구 단계부터 적용 가능했다. 단, 각 단계별로 관련된 공급과 이용자의 두 축을 구분하기보다는 개인과 공급/체계 사이의 상호작용 가운데 발생 가능한

<환자 중심 접근성 모델: 의료필요가 충족될 수 있는 기회>



<개발한 설문도구의 구성: 기회를 통한 결과로서의 미충족 >

그림 9. 환자 중심 의료이용 접근성 모델과 설문도구의 구성 간 연결성

미충족의 기제로부터 선택지를 도출하는 형태로 적용되었다. 더 정확히 이야기하면 공급 측의 접근성과 사회적 맥락 안에서 개인이 자신의 역량(이용자 측)을 활용했으나 그것이 충족되지 못한 이유이므로 정확하게 대응되기보다는 기회를 통한 ‘결과’인 셈이다. 의료 찾기/선택/도달 단계에서 미충족 이유로는 정보의 문제(전공과목, 병의원 정보), 가용하고 수용할 만한 의료기관 여부, 도달 능력의 문제, 편의성이 포함되었고, 이는 참고한 모델에서 의료 추구하고 의료 도달 단계에 영향을 주는 양 측의 기회 요인들과 잘 매치가 된다. 의료 이용 중 단계에서는 주로 대인 간 진료의 질, 의사소통, 시설, 서비스의 충분함 등이 포함되었으며 이는 참고한 모델의 관련 요소 중 적절함 부분에 주로 해당하는 내용이다. 참여능력에 대해서는 추가로 조사하는 대응자원 부분에서 다루었다. 의료이용 결과의 단계는 환자 중심 접근성 모델에서 어떻게 해야 결과의 접근성으로 이어지는가에 해당하는 기회를 다룬 반면, 이 연구에서는 결과로서 무엇이 왜 미충족 되었는가 다룬다는 점에서 약간 차이가 있었다. 여기에는 의료의 효과, 사후의 의사소통, 심리적 의료필요의 충족 여부, 반응성에 해당하는 존엄성의 훼손, 규범에 해당하는 상업성 등이 포함되었다.

지불 가능성과 지불 능력은 어느 한 단계에서만 문제가 되는 것이 아니라고 판단하여 세 단계에 모두 포함하였다.

3) 준거 타당도(criterion-related validity)

(1) 주관적 건강상태와 미충족의료 경험의 연관성

<표 23>은 1차와 2차 조사를 합한 표본을 대상으로 주관적 건강수준을 보통을 포함한 좋음과 나쁨의 이분변수로 변환했을 때 각 미충족의료 경험률과의 단변수 로지스틱 회귀분석을 수행한 결과이다. 기존 문항과 개발한 문항의 세 단계 문항 모두 주관적 건강수준과 밀접한 관련이 있었고 어떤 형태의 미충족의료에 있을 경우에도 주관적 건강수준은 더 나쁜 것으로 나타났다. 오즈비는 기존 문항이 2.02이며 이와 비교하면 개발 문항 중 의료찾기/선택/도달 단계의 미충족경험이 2.23, 의료이용 중 단계의 미충족 경험은 3.08, 의료이용 결과 단계의 미충족 경험은 4.28로 연관성이 더 강했다.

표 23. 주관적 건강상태와 미충족의료 경험의 연관성

	기존 문항	개발 문항		
	미이용률	의료찾기/선택/ 도달	의료이용 중	의료이용 결과
Odds Ratio	2.02**	2.23**	3.08***	4.28***
95% CI	1.18, 3.44	1.39, 3.59	1.88, 5.03	2.61, 7.01

*** p<0.01, ** p<0.05 * p<0.1

<표 24>는 의료이용의 세 단계 중 몇 가지의 미충족 경험 했는지에 따라 주관적 건강수준에 영향이 있을지를 분석하였다. 단변수 로지스틱 회귀분석과 사회경제적 특성인 성별, 연령, 소득, 학력을 통제한 다변수 로지스틱 회귀분석 모두에서 단계 별 미충족의료 경험의 종류가 많을수록 주관적 건강수준을 낮게 응답하는 오즈비가 커져 그 연관성이 강해짐을 확인하였다.

표 24. 미충족의료 경험의 심각도와 주관적 건강수준 간 연관성

	단변수		다변수(성별, 연령, 소득, 학력 통제)	
	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI
미충족 경험 1	3.14***	1.74, 5.66	2.74***	1.42, 5.27
미충족 경험 2	4.77***	2.14, 10.64	4.28***	1.70, 10.74
미충족 경험 3	10.1***	5.55, 18.28	6.79***	3.37, 13.68

*** p<0.01, ** p<0.05 * p<0.1

(2) 건강관련 삶의 질과 미충족의료 경험의 연관성

건강관련 삶의 질은 EQ-5D로 측정하였고 Lee 등(2009)의 연구에서 제시한 가중치를 아래와 같이 적용한 수치를 계산했다⁸⁾. 다만, 이 문항은 2차 조사에만 포함되었기 때문에 총 400명을 대상으로 한 단변량 회귀분석 결과를 <표 25>에 제시하였다. 건강관련 삶의 질도 주관적 건강수준과 마찬가지로 모든 문항에서 유의하게 미충족 경험에 따라 감소하는 경향을 보였다. 각 유형의 미충족 경험의 회귀계수는 기존 문항이 -0.04, 개발 문항의 의료찾기/선택/도달 단계가 -0.03, 의료이용 중 단계가 -0.05, 의료이용 결과 단계가 -0.06이었다. 문항 간 패턴도 비슷하여 의료이용 결과 단계의 미충족 경험이 다른 단계의 미충족과 비교할 때 더 낮은 삶의 질 수치와 관련되었다.

표 25. 건강관련 삶의 질과 미충족의료 경험의 연관성

	기존 문항		개발 문항	
	미이용률	의료찾기/선택/도달	의료이용 중	의료이용 결과
Coefficient	-.04***	-.03***	-.05***	-.06***
95% CI	-.06, -.03	-.04, -.02	-.06, -.03	-.07, -.04

*** p<0.01, ** p<0.05 * p<0.1

4) 기존 문항과의 비교

8) EQ-5D index= 1 -

$$(0.05+0.096\times M2+0.418\times M3+0.046\times SC2+0.136\times SC3+0.051\times UA2+0.208\times UA3+0.037\times PD2+0.151\times PD3+0.043\times AD2+0.158\times AD3+0.05\times N3)$$

의료필요가 미충족 될 가능성이 높은 집단을 가정하고 기존 문항과 개발한 세 단계의 문항 각각의 미충족 경험률을 비교했다(표 26). 앞에서 가정한 예측집단 중 예측집단 1은 273명으로 44.3%였고, 예측집단 2는 69명으로 11.2%였다. 미충족의료 경험률이 높을 것으로 예측되는 특성을 가진 집단에서 각 유형별 미충족 경험률을 비교하였다. 모두 대조군에 비해 모든 종류의 미충족 경험에서 높은 응답률을 보였다. 예측집단 1에서는 의료 찾기/선택/도달 과정의 차이에 유의성이 떨어지는 것으로 나타났으나 역시 경향은 다르지 않았으며, 예측집단 2에서는 모든 종류에서 유의한 차이를 보였다.

예측집단 1과 2에서 개발한 문항으로 측정한 미충족의료 경험률이 기존 문항에서보다 높은 경향을 보였다. 그러나 기존 문항도 예측집단과 대조군을 비교한 차이는 역시 유의하였다.

표 26. 예측집단에 따른 미충족의료 경험의 연관성

	대조군 1		예측집단 1			대조군 2		예측집단 2		p
	N(344)	%	N(273)	%		N(548)	%	N(69)	%	
기존문항	44	12.8	67	24.5	<0.01	85	15.5	26	37.7	<0.01
찾기/선택/도달	96	27.9	94	34.4	0.081	154	28.1	36	52.2	<0.01
이용 중	54	15.7	82	30.0	<0.01	105	19.2	31	44.9	<0.01
이용 결과	43	12.5	82	30.0	<0.01	90	16.4	35	50.7	<0.01

제5장 새로운 측정도구를 활용한 미충족의료의 측정

제1절 연구 방법

1. 표본조사

1) 1차 조사

국내 6개 광역시에서 20세 이상을 대상으로 성, 연령 무작위 표본추출을 실시했다. 최종적으로 600명을 추출하는 것을 목표로 하였으며 2017년 8월 14일부터 8월 25일까지 면접원의 일대일 조사 방식으로 실시했다.

2) 2차 조사

개정된 도구를 이용한 표본조사는 일반 시 지역과 군(읍면) 지역을 대상으로 20세 이상 일반인 중 성, 연령 무작위 표본추출을 실시하였다. 1차 조사에서처럼 성, 연령 무작위 표본을 400명 추출하는 것을 목표로 하였으며 표본 중 인구 비율을 고려하여 시 지역에서 250명, 군 지역에서 150명⁹⁾을 조사했다. 조사 기간은 2018년 1월 23일부터 2월 1일까지 면접원의 일대일 조사 방식으로 실시했다.

9) 전국의 일반 시와 읍면을 대상으로 하기에는 표본 수가 적어 연구 1에서 적용한 의료접근성 하위 지역을 중심으로 일부 시와 군을 선정하였다. 조사된 일반 시 지역은 경기도 남양주시, 강원도 춘천시, 충청남도 공주시, 전라남도 나주시, 경상북도 영천시, 군 지역은 경기도 양평군, 강원도 홍천군, 충청북도 증평군, 전라남도 담양군, 경상남도 함안군이다.

추가한 표본수의 산출 근거는 다음과 같다. 핵심 연구질문의 하나인 사회경제적 수준에 따른 미충족경험률을 비교하기 위해 Gpower 3.1 프로그램으로 카이제곱 검정을 위한 표본산출계산을 한 결과, 기준으로 삼은 기존 연구결과에 한국의료패널에서 조사한 미충족의료 경험률을 적용했을 때 150명에서 300명까지 산출되었다. 로지스틱 회귀분석의 경우 Peduzzi 등(1996)의 방법을 따라 종속변수의 사례 중 작은 쪽의 비율을 p 로 하고 공변수를 k 라고 할 때 표본 수는 $N=10k/p$ 로 계산하며, 공변수 9개를 기준으로 하고 사전연구에서 조사된 미충족의료 경험률을 기준으로 하면 $10*9/0.15=600$ 명으로 계산되었다. 의료필요가 있던 사람 중 미충족의료 경험에 대한 회귀분석 수행을 위해 사전 연구 600명 표본 중 의료필요가 있었던 217명에 추가 조사로 400명을 더할 경우 충분한 표본이 확보될 수 있다. 로지스틱 회귀분석을 위한 표본 수 산출 방법은 지금까지 다양한 방법이 소개되었는데 Hosmer 등(2013)은 독립변수 당 20개의 관측치를 추천하였고, Le Blanc 과 Fitzgerald (2000)는 독립변수 당 최소 30개의 관측치를 추천하였기에 독립변수를 8-10개로 전제할 때 (성, 연령, 지역, 소득, 학력, 직업, 주관적 건강수준, 삶의 질, 민간보험 여부 등) 높은 기준으로도 300명이 필요하므로 이와 같은 추가 표본 산출이 충분할 것으로 보았다.

2. 조사결과의 분석

1) 분석대상

분석 대상은 1차 조사 600명과 2차 조사 400명을 더해 총 1000명의 일반인 표본이다. 미충족의료 경험에 대한 분석은 의료필요가 있었던 사람에 한해서만 조사되었기 때문에 1차 조사에서 217명만 해당하여 미충족의료 경험 분석 시 총 인원은 617명이며 이들을 합하여 분석할 경우에는 1, 2차 조사에 모두 조사된 변수 내에서만 가능했다. 이 경우 2차 표본은 의료필요가 있는 표본으로만 구성하였으므로 1차 표본과 합하여 의

의료필요와 미충족의료를 분석할 때 2차 표본의 특성인 일반시와 군지역 특성이 과다표집되었을 것을 고려해야 한다. 각 조사차수에만 존재하는 변수는 해당 차수의 대상자에서만 분석 하며, 1차 조사와 2차 조사의 단축형 설문은 전반적으로 수정되었으므로 결과변수를 단축형 설문으로 사용 시 각각 분석하였다.

2) 결과변수

회귀분석에서 사용할 결과변수는 기존문항의 미충족의료 경험 여부와 의료이용 단계별 미충족 경험 여부이다. 단, 본 연구의 목적은 미충족의료의 개념과 기제를 탐색하는 것이므로 영향요인의 분석에 집중하기보다는 미충족의료 발생 당시의 의료필요 상황과 이유, 그 결과에 대한 관계를 잘 파악하는 것이 중요하다. 결과변수는 <표 27>와 같이 구성하였다. 의료필요 상황과 이유는 범주형, 미충족 여부는 이분형 변수이며, 미충족 유형의 정도는 본래 해당 유형을 경험한 빈도를 5점 척도로 응답하게 하였지만 보통 이상과 미만으로 구분하여 사용하였다. 영향요인 분석을 포함하여 의료필요 상황과 이유를 상호 분석하는 과정에서는 변수의 범주가 많아 N 수가 충분히 확보되지 않으므로 통계적 검증력이 떨어질 수 있다. 이에 회귀분석의 경우 결과 변수를 모두 적용하지 못하고 미충족 경험의 여부로만 설정하였다.

표 27. 미충족의료 측정도구에 포함된 결과변수

구분	의료 추구, 도달	의료 이용 중	의료 이용 결과
의료필요 상황		증상 악화	
		정기적 진료(만성질환 관리)	
		증상 확인을 위한 검진	
		일반 건강검진(정기적)	
		수술, 입원 권고	
		응급	
미충족 여부		예방(백신, 여행 등)	
		네 / 아니오	
미충족 이유	의료이용 정보	의료제공자 요인	신체적 필요

		부족(전문 과목, 가용한 의료기관) 자원 (비용, 시간, 이동)	(태도, 의사소통) 시설과 이용절차 비용 진료 시간	심리-정신적 필요 사후관리(의사소통) 인간적 존중 규범적 가치(상업성)
미충족 결과	유형 정도	이용 지연, 미이용	과소 이용, 이용 포기	추가이용
		심함(보통 이상) / 심하지 않음		

3) 설명변수

설명변수로는 인구사회학적 특성, 건강과 의료관련 특성, 사회적 인식, 미충족의료 대응자원을 포함하였다. 사회적 인식 영역의 변수는 1차와 2차 조사에서 각기 조사된 바가 달라 전체 교차 분석이나 회귀분석에는 포함되지 못했다. 인구사회학적 특성에는 성별, 연령, 학력, 월평균 가구소득, 취업상태, 직업, 고용형태가 포함되었고 건강과 의료 관련 특성에는 주관적 건강수준, 삶의 질, 의료보장 형태, 민간의료보험, 의료이용 민감도가 포함되었다. 사회적 인식은 의료이용의 개선도, 의료제도에 대한 만족, 의료에 대한 신뢰, 사회 불평등에 대한 인식, 의료보장의 사회적 권리 인식이 포함되었다. 미충족의료 대응 자원에는 인적 자원(의료인), 주요 정보원, 지역 의료자원의 가용성, 불만제기 역량과 의사소통 역량, 그리고 시간적 여유를 포함하였다(표 28). 회귀분석에서는 성별, 연령대, 학력, 월평균 가구소득, 고용형태, 주관적 건강수준, 민간의료보험, 의료이용 민감도, 미충족의료 대응자원에 해당하는 변수 전부를 포함하였다. 고용형태는 취업 상태를 포함하여 정규직, 임시·일용직, 자영업, 무직으로 재정의하여 사용하였다. 민간의료보험은 정액형과 실손형 어느 것이 든 있는 경우와 없는 경우로, 의료이용 민감도는 5점 척도를 자주 가는 편과 보통 이하로, 의료자원의 가용성, 불만 제기 역량, 의사소통 역량은 보통 이상과 아닌 편이 이분 변수로 변환하였다. 시간적 여유는 100점 척도를 40점 미만, 40-69점, 70점 이상의 범주형 변수로 변환하여 분석하였다.

표 28. 미충족의료 측정도구에 포함된 설명변수

변수 이름	변수 정의
인구사회학적 특성	
성별	남성, 여성
연령	연령대(10세 단위)
교육수준	중졸 이하, 고졸 이하, 전문대 이하, 대졸 이상
월평균 가구소득	200만원 이하, 201-400, 401-600, 601-800, 801 이상
취업상태	취업, 취업준비, 경제활동 안함
직업	생산직, 서비스/판매, 사무직
고용형태	상용, 임시, 일용, 자영업, 기타
건강과 의료관련 특성	
주관적 건강수준	좋음(보통 포함), 나쁨
삶의 질	EQ-5D(2차)
의료보장형태	건강보험, 의료급여, 없음 (1차)
민간의료보험	정액형, 실손형, 둘 다, 없음
의료이용 민감도	타인과 비교할 때 동일증상으로 병원에 가는 경향성, 5점 척도
사회적 인식	
의료이용 개선도	과거에 비해 현재 의료이용이 개선된 정도(1차), 5점 척도
의료제도 만족	의료제도에 대한 만족도 (2차), 5점 척도
의료(의사) 신뢰	의료와 의사에 대한 신뢰도 (2차), 5점 척도
사회 불평등	한국사회 전반의 불평등 정도에 대한 인식 (2차), 5점 척도
의료보장의 사회적 권리 인식도	국가와 개인의 의료비 부담 비율에 대한 인식, 0-100점, 10점 단위 (2차)
미충족의료 대응 자원	
인적 자원	가까운 의료인, 부탁은 가능한 의료인, 없음
정보원	공공 정보, 인터넷 검색, 지인(소문)
의료자원 가용성	지역 내 대체이용 가능한 의료기관의 충분함, 5점 척도
불만제기 역량	불만 표현이나 개선을 요구할 수 있는 역량, 5점 척도
의사소통 역량	의사의 설명을 이해, 소통할 수 있는 역량 (2차), 5점 척도
시간적 여유	시간을 낼 수 있는 여력, 0-100점, 10점 단위

4) 분석 방법

이 연구의 분석은 주로 기술분석과 교차분석(카이제곱 검정)을 이용해 설문도구가 조사한 항목 간의 연관성을 파악하고, 마지막으로 다변수 로지스틱 회귀분석으로 단계별 미충족의료 경험 여부에 영향을 미치는 요인을 분석했다. 먼저 기술분석으로는 조사 대상의 일반적 특성과 의료필요를 기술한 후 미충족의료 경험의 표준형, 단축형 문항 결과를 제시했다. 이 과정에서 기존 미충족의료 문항의 결과를 함께 제시하여 비교하였고, 미충족의료 경험의 이유를 기존 문항과 개발한 문항에서 각기 어떻게 응답하였는지의 차이를 분석했다. 교차분석으로는 의료필요 상황에 따른 미충족의료 경험률과 이유, 사회경제적 특성(성별, 소득, 학력, 직

중, 고용형태)에 따른 미충족의료 경험과 미충족의료 대응자원, 미충족의료 대응자원에 따른 미충족의료 경험, 미충족의료 경험과 주관적 건강수준의 변화 간의 관계를 확인하였다. 마지막 다변수 로지스틱 회귀분석은 인구사회학적 변수, 사회경제적 변수, 미충족의료 대응자원을 설명변수로 하고 단계별 미충족의료 경험 여부를 결과변수로 하여 분석하였다. 분석 결과를 기술하는 연구자는 의학과 보건학을 전공하였으며 특히 의료 불평등을 관심 연구 분야로 두고 있다는 점으로 인해 서술 내용과 방식에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 분석에 사용한 통계패키지는 STATA version 14를 사용하였다(StataCorp. College Station, Texas).

제2절 연구 결과

1. 표본조사 자료 분석 결과

1) 조사대상자의 특성

표본조사는 1차 조사에서 광역시에 거주하는 600명을 조사한 후, 2차 조사에서 일반 시에 거주하는 250명과 군 지역에 거주하는 150명을 더해 총 1000명을 대상으로 진행되었다. 각 지역의 성과 연령별 비율을 반영한 비례할당 추출 방식으로 표본을 선정하였다.

연령층을 반영할 때 광역시의 경우 연령층이 상대적으로 젊어 60대 이상을 하나의 기준으로 구분하였으나, 군 지역의 경우 고령화가 심해 모 집단의 왜곡 발생을 막기 위해 60대와 70대 이상을 구분했다. 따라서 이 조사는 광역시와 일반 시/군 지역 대상자 간 연령대 기준이 다소 다르다. <표 29>를 보면 교육수준은 고등학교 졸업집단과 대학교 졸업 이상인 집단이 각기 전체의 1/3 정도였고 소득 수준은 201만원에서 400만원 사이인 집단과 401만원에서 600만원 사이인 집단이 각각 37.9% 정도

이며, 200만원 이하와 600만원 이상은 각각 10%가 조금 넘는 정도였다. 2017년도 한국 가구소득 10분위 기준에 의하면 대략 200만원까지가 2분위, 400만원까지가 5분위, 600만원까지가 8분위 정도에 해당한다. 가구원 수는 3-4인 가구가 66.4%로 가장 많고 2인 가구가 23%, 1인 가구는 6.2%였으며 5-6명 이상 가구는 4.4%였다. 취업했거나 재직 중인 경제활동 인구는 66.6%이고 그 중 직업유형으로는 서비스와 판매직이 42.8%로 가장 많았으며, 사무직이 38.7%로 두 유형이 큰 비중을 차지했다. 생산직은 11.3%, 기타 분류가 7.2%였다. 고용형태로는 정규직이 62.2%로 2/3 정도였고 임시, 일용근로자가 10.6%, 자영업 중에는 고용주인 경우가 8.1%, 고용인을 두지 않은 개인사업자가 17.4%로 더 많았다.

1차와 2차 조사 대상자를 비교하면 2차 조사에서 연령대가 전반적으로 높았고 소득수준은 낮았다. 또한, 3-4인 가구보다 1-2인 가구의 비율이 더 높았으며, 직업 유형은 사무직보다 생산직과 서비스, 판매직이 많은 경향을 보였다.

다음으로 건강과 의료인식 배경 부분을 살펴보면 주관적 건강수준이 나쁘거나 아주 나쁘다고 생각하는 사람은 전체 8.7%로 한국의료패널 자료에서 연도에 따라 14%에서 17% 정도를 보이는 수치에 비하면 상당히 적었다. 이는 표본의 수가 적어 전국민 표본과 비교할 때 더 건강한 사람을 중심으로 조사되었을 것으로 이해하고 나머지 요인들에 미칠 수 있는 영향을 고려해야 할 것이다. 민간의료보험은 실손형만 가진 경우가 정액형만 가진 경우보다 훨씬 많고 절반 정도가 실손형과 정액형 민간의료보험을 모두 가지고 있었다. 민간보험이 없는 사람은 17.9%였지만 전체 인구의 민간의료보험 가입율과 비교하면 조사된 표본이 민간의료보험을 더 적게 가지고 있다. 다른 사람에 비해 같은 증상을 두고 병의원을 잘 가는 편인지에 대한 질문에는 전체적으로는 균등하게 분포한 편이었으나 1차 조사 대상자에서 높다고 응답한 사람이 44%이고 낮다고 응답한 사람이 26%인 반면 2차 조사에서는 높다고 응답한 사람이 31%, 낮다고 응답한 사람이 36.3%로 의료이용의 민감도는 광역시에서 일반 시와 군 단위보다 높은 경향을 보였다. 의료이용 환경이 과거에 비해 좋아

졌는지에 대해서는 대부분이 좋아졌다고 응답하고 나빠졌다고 인식한 사람은 3.7%로 낮아 감별에 큰 의미가 없다고 판단하여 2차 조사 문항에서는 제외하였다. 그 대신 2차 조사에서 의료제도에 대한 인식을 묻는 문항을 몇 가지 추가하였다. 그 결과로 의료제도를 만족하는지에 대한 질문에는 70%가 그런 편, 5%는 아닌 편이라고 응답했고, 의사나 의료를 신뢰하는지에 대해서도 비슷한 분포가 나타났다. 의료보장에 대한 권리를 얼마나 인식하고 있는가를 보기 위해 본인 과실로 인한 사고로 발생한 의료비를 국가가 얼마나 보장해야 하는가를 물었다. 이 질문에 30%에서 60% 미만을 담당해야 한다고 응답한 경우가 59.3%로 가장 많았고, 30% 미만이라고 응답한 경우가 26%로 60%이상이라고 응답한 14.8%보다 많았다. 한국 사회가 얼마나 불평등한지를 묻는 질문에는 47.3%가 심한 편, 39.3%가 보통, 13.5%가 아닌 편이라고 응답하여 불평등하다고 생각하는 사람이 더 많은 것으로 나타났다. 단, 이 결과는 일반 시와 군 지역의 조사 결과이며 광역시에서는 조사하지 않았다.

표 29. 조사 대상자의 일반적 특성

구분		1차 조사(600)		2차 조사(400)		전체(1000)	
		N	%	N	%	N	%
사회경제적 특성							
거주지	서울특별시	277	46.2			277	27.7
	광역시	323	53.8			323	32.3
	일반 시			250	62.5	250	25.0
	읍/면(군)			150	37.5	150	15.0
성별	남성	294	49.0	199	49.8	493	49.3
	여성	306	51.0	201	50.3	507	50.7
연령	20대	103	17.2	53	13.3	156	15.6
	30대	111	18.5	57	14.3	168	16.8
	40대	122	20.3	72	18.0	194	19.4
	50대	119	19.8	81	20.3	200	20.0
	60대	144	24.0	67	16.8	211	21.1
	70대 이상	1	0.2	70	17.5	71	7.1
교육수준	중학교 졸업 이하	27	4.5	88	22.0	115	11.5
	고등학교 졸업 이하	218	36.3	151	37.8	369	36.9
	전문대(2-3년제) 졸업 이하	111	18.5	64	16.0	175	17.5
	대학교(4년제) 졸업 이상	244	40.7	97	24.3	341	34.1
월평균 소득수준	-200만원	42	7.0	93	23.3	135	13.5
	201-400만원	224	37.3	153	38.3	377	37.7
	401-600만원	262	43.7	117	9.3	379	37.9

구분		1차 조사(600)		2차 조사(400)		전체(1000)	
		N	%	N	%	N	%
	601-800만원	56	9.3	27	6.8	83	8.3
	801만원-	16	2.7	10	2.5	26	2.6
가구원수	1명	20	3.3	42	10.5	62	6.2
	2명	116	19.3	114	28.5	230	23.0
	3-4명	441	73.5	223	55.8	664	66.4
	5-6명	23	3.8	21	5.3	44	4.4
경제활동	취업, 재직 중	415	69.2	251	62.8	666	66.6
	경제활동 하지 않음	185	30.8	149	37.3	334	33.4
직업유형	생산직	35	8.4	40	15.9	75	11.3
	서비스, 판매직	164	39.5	121	48.2	285	42.8
	사무직	184	44.3	74	29.5	258	38.7
	기타	32	7.7	16	6.4	48	7.2
고용형태	상용근로자	275	66.3	19	55.4	414	62.2
	임시근로자	33	8.0	30	12.0	63	9.5
	일용근로자	3	0.7	4	1.6	7	1.1
	자영업(고용주)	30	7.2	24	9.6	54	8.1
	자영업(개인)	69	16.6	47	8.7	116	17.4
	무급가족종사자	5	1.2	7	2.8	12	1.8
건강과 의료인식 배경							
주관적 건강	불건강	37	6.2	50	12.5	87	8.7
건강관련 삶의 질(EQ-5D)	운동능력 문제있음			21	5.3		
	자기관리 문제있음			9	2.3		
	일상활동 문제있음			25	6.3		
	통증/불편감 문제있음			89	22.3		
	우울감 있음			50	12.5		
건강보장 유형	건강보험	522	87.0				
	의료급여	7	1.2				
	미가입, 자격정지	71	11.8				
민간의료보험	실손형	160	26.7	102	25.5	262	26.2
	정액형	66	11.0	32	8.0	98	9.8
	실손형과 정액형	286	47.7	175	43.8	461	46.1
	없음	88	14.7	91	22.8	179	17.9
의료이용 민감도	높음	264	44.0	124	31.0	388	38.8
	평균정도	180	30.0	131	32.8	311	31.1
	낮음	156	26.0	145	36.3	301	30.1
의료이용환 경의 변화인식	좋아짐	496	82.7				
	동일함	82	13.7				
	나빠짐	22	3.7				
의료제도 만족	그런편			278	69.5		
	보통			102	25.5		
	아닌편			20	5.0		
의사/의료 신뢰	그런편			284	71.0		
	보통			101	25.3		
	아닌편			15	3.8		
의료보장 권리인식	1-29%			104	26.0		
	30-59%			237	59.3		
	60-100%			59	14.8		

구분		1차 조사(600)		2차 조사(400)		전체(1000)	
		N	%	N	%	N	%
한국사회 불평등 인식	심한편			189	47.3		
	보통			157	39.3		
	아닌편			54	13.5		

2) 미충족의료 경험

(1) 의료필요 미충족 대응을 위한 자원

의료필요의 충족에 영향을 미칠 것으로 예상된 몇 가지 자원을 측정하였다(표 30). 한국사회에서 의료인(의사, 간호사, 병원 직원 등)을 알고 부탁할 수 있다면 의료이용에 직간접적으로 도움을 받을 수 있다. 조사 결과 이와 같은 인맥이 전혀 없는 경우가 절반 정도였고 가족이나 가까운 의료인이 있는 사람은 17.4%, 멀지만 부탁은 할 수 있는 의료인이 있는 사람이 31.4%였다. 광역시와 일반 시/군 지역 간 차이는 거의 없었다. 의료이용에 관한 정보를 얻는 경로는 의료인으로부터 얻는 경우가 18.5%이고 공적 정보를 이용하는 경우는 4.9%로 적은 편이었다. 대중매체는 17.6%였고 가장 많은 경우가 인터넷 검색(28.6%)과 주변사람(비의료인, 30.4%)을 통한 것이었다. 주변에 선택해서 갈 수 있는 의료기관이 충분한 경우는 전체 88.8%로 상당히 높은 편이지만 1차 조사의 94%에 비하면 2차 조사는 80.8%로 꽤 차이가 났다. 이용한 의료에 불만이 있을 때 이를 표현하거나 시정을 요구하는 경향은 22.1%가 아닌 편이라고 응답했고, 이 문항은 1차 조사에서 27.3%, 2차 조사에서 14.3%로 광역시에서 일반 시나 군 지역보다 높은 것으로 나타났다. 다만, 1차와 2차 설문지에서 문항의 표현이 약간 달라졌기 때문에 완전히 동일하게 두고 비교하기는 어렵다¹⁰⁾. 의료이용 중 의료인과의 의사소통과 해석에 어려움이 없는 경우는 2차에서만 조사되었고 87.8%였다. 시간을 얼마나 자유롭게 낼 수 있는지는 40점 미만으로 응답한 사람이 21.6%였고 40점에서 69점

10) 1차: 받은 검사/치료와 그 설명이 불만족스럽다면 추가/개선을 요구하거나 불만을 제기한다.

2차: 나는 받은 검사/치료와 그 설명이 불만족스럽다면 추가/개선을 요구하거나 불만을 제기할 수 있다.

이 40.2%로 70점 이상이라고 응답한 38.2%와 비슷했다. 1차와 2차 조사 결과는 전반적으로 2차 조사 응답자에서 시간 자유도가 낮은 쪽으로 응답하는 경향을 보였다.

표 30. 의료필요 미충족 대응을 위한 자원

구분		1차 조사(600)		2차 조사(400)		전체(1000)	
		N	%	N	%	N	%
인적자원	가까운 의료인	98	16.3	76	19.0	174	17.4
	부탁 가능한 의료인	187	31.2	127	31.8	314	31.4
	없음	315	52.5	197	49.3	512	51.2
정보원	TV,라디오 등 대중매체	124	20.7	52	13.0	176	17.6
	인터넷 검색	171	28.5	115	28.8	286	28.6
	공적 정보	30	5.0	19	4.8	49	4.9
	지인(비의료인)	190	31.7	114	28.5	304	30.4
	지인(의료인)	85	14.2	100	25.0	185	18.5
	기타						
의료자원 가용성	보통이상	564	94.0	323	80.8	87	88.7
	아닌편	36	6.0	77	19.3	113	11.3
불만제기	보통이상	436	72.7	343	85.8	779	77.9
	아닌편	164	27.3	57	14.3	221	22.1
의사소통 가능성	보통이상			351	87.8		
	아닌편			49	12.3		
시간 자유도	40점 미만	108	18.0	108	27.0	206	21.6
	40-69점	252	42.0	150	37.5	402	40.2
	70점 이상	240	40.0	142	35.5	382	38.2

(2) 의료필요와 기존 문항으로 측정한 미충족의료

1차 조사는 지난 1년 사이에 의료필요가 있었는지를 물었을 때 전체 600명 중 217명(36.2%)이 있었다고 응답하였고, 이들만을 대상으로 이후의 미충족의료 경험을 질문했다. 그 결과 미충족의료 경험에 대해 해석할 수 있는 유효한 자료가 너무 부족해졌기 때문에 2차 조사에서는 지난 1년 사이에 의료필요가 있었던 사람만을 대상으로 조사를 진행했다. 1차의 217명과 2차의 400명을 합한 617명이 지난 1년 간 의료필요가 있었고, 이들이 미충족의료 경험 여부를 물을 때의 분모가 되었다. 따라서 전체 표본은 광역시와 나머지의 표본 수가 600명과 400명이지만, 미충족의료 경험과 관련한 문항에서는 광역시가 217명, 일반 시가 250명, 군지역이 150명이므로 미충족의료에 관한 내용으로 전체를 분석할 때 광역시가

상대적으로 적게 대표되었다는 점을 유의하여 해석해야 한다.

이 설문에서 ‘의료필요’는 증상이 가벼워 굳이 병의원에 가지 않아도 될 것으로 판단했던 것을 제외하였다. 사람마다 의료필요를 정의하는 방식이 모두 다를 것이고 주관적 판단은 이러한 인식을 인정하지만, 기존의 미충족의료 문항에서 미충족의 이유로 ‘증상이 가벼워서’가 상당한 비중을 차지하고 해석과 정책적용에 큰 의미가 없이 취급되는 경우가 많아 사전에 이러한 종류의 의료필요와 미충족을 제외하기 위한 것이다. 이 조치는 의료필요의 하한선을 설정한 셈이 되므로 주관적 측정지표의 약점을 다소 보완했을 것으로 기대한다. <표 31>에서 지난 1년 간 의료필요가 있었던 상황으로는 중복 응답을 허용했을 때 ‘증상이 없는 일상적인 건강검진’이 24.5%로 가장 많았고 이어서 ‘증상이 불안하여 확인하고 싶어서’가 20.9%, 급성질환에 해당하는 ‘증상이 악화되어서’가 14.6%, ‘만성질환의 관리’가 13.7%, ‘예방적 의료서비스’가 12.8% 순서였다. ‘입원, 수술 등의 중환’은 2.9%, ‘응급의료’는 1.6%였다.

개발한 문항과의 비교를 위해 미충족의료를 측정하는 기존 의료패널의 문항을 그대로 설문지에 포함하였다. 단, 이 설문은 의료 없이도 회복될 수 있을 것으로 판단되는 가벼운 증상을 넘어서는 의료필요가 있었다고 응답한 사람만을 대상으로 했기 때문에 여기서 나온 결과를 의료필요에 제한을 두지 않은 기존 패널자료의 결과와 비교할 수는 없다.

기존 문항에서 미충족의료가 있다고 응답한 경우는 18.0%, 없다고 한 경우가 77.8%였다. 설문 진행의 구조상 초기에 의료필요 여부를 선별하였기 때문에 이후의 문항에서 ‘의료필요 자체가 없었음’ 이라고 응답하는 사람이 없어야 하나, 1차 조사에서는 4.2%가 응답을 하였다. 이는 설문의 표현이나 설문조사 과정에서의 문제로 인한 것이라고 보아야 할 것이다. 2차 조사에서는 해당 문항에 대한 조사원 교육을 강화하였고, 추후 응답자들에게 재확인하는 단계를 거쳐 이 부분을 보완할 수 있었다.

기존 문항에서 미충족 이유로는 가장 많은 경우가 방문시간이 없어서였고(25.2%) 다음으로는 증세가 경미해서가 23.4%, 경제적 이유가 21.6%로 높은 비중을 차지했는데 이러한 양상은 한국의료패널 전체 자

료와 유사했다. 의료기관과의 거리가 멀어서이거나 어디로 가야 할지 몰라서 생긴 미충족은 각각 8.1%였고 빨리 예약되지 않은 것이 7.2%, 거동이 불편한 경우가 5.4%, 주치의가 없어서는 0.9%였다. 시간이 없어서 생긴 미충족은 1차와 2차 조사 대상자에서 큰 차이가 없었다. 1차 조사에서 증세가 경미해서 생긴 미충족은 36.7%였지만 2차 조사에서는 18.5%로 거의 두 배 가까이 차이가 났다. 경제적 이유로 인한 미충족도 1차 조사가 26.7%로 2차 조사의 19.8%보다 더 많았다. 그러나 의료기관이 멀리 있어서는 2차 조사에서만 11.1%가 있었고 거동이 불편하거나 건강문제로 방문하지 못한 경우, 어디로 가야 할지 모르는 경우, 빨리 예약되지 않은 경우가 전반적으로 1차 조사보다 높아, 지역의 특성에 따른 미충족의 이유가 다르다는 것을 보였다.

표 31. 의료필요와 미충족의료 경험률 - 기존 문항

구분		1차 조사(600)		2차 조사(400)		전체(1000)	
		N	%	N	%	N	%
의료필요	없음	383	63.8	0	0	383	38.3
	있음	217	36.2	400	100	617	61.7
의료필요의 종류 (중복응답)	증상악화	44	20.3	102	25.5	146	14.6
	만성관리	47	21.7	90	22.5	137	13.7
	불안함 확인	69	31.8	140	35	209	20.9
	건강검진	75	34.6	170	42.5	245	24.5
	입원, 수술 등 중환	15	6.9	14	3.5	29	2.9
	응급	5	2.3	11	2.8	16	1.6
	예방	49	22.6	79	19.8	128	12.8
	기타	0	0	8	2	8	0.8
기존문항- 미충족 경험여부	예	30	13.8	81	20.3	111	18.0
	아니오	161	4.2	319	79.8	480	77.8
	해당 없음	26	12.0	0	0	26	4.2
기존문항- 미충족 이유	경제적 이유	8	26.7	16	19.8	24	21.6
	의료기관과의 거리	0	0	9	11.1	9	8.1
	거동불편/건강문제	1	3.3	5	6.2	6	5.4
	아이를 봐줄 사람이 없음	0	0	0	0	0	0
	증세 경미	11	36.7	15	18.5	6	23.4
	어디로 가야 할지 모름	1	3.3	8	9.9	9	8.1
	방문시간이 없음	8	26.7	20	24.7	28	25.2
	빨리 예약되지 않음	1	3.3	7	8.6	8	7.2
	주치의 없음	0	0	1	1.2	1	0.9
	기타	-	-	-	-	-	-

(3) 의료이용 단계 별 미충족의료 경험: 표준형 문항

이 연구에서 개발한 의료이용 단계별 미충족 현황은 다음과 같다(표 32). 의료 찾기, 선택, 도달 과정에서 어려움을 경험한 사람은 30.8%이고 이들 중에서 그 때문에 결국 이용이 지연된 적이 많았던 사람은 52.1%(전체의 16%), 아예 이용하지 못하게 되었던 적이 많았던 사람이 23.2%(전체의 7.1%)였다. 의료 이용 중에서 미충족을 경험한 사람은 22%였고, 이들 중에서 결국 필요보다 적게 의료를 이용한 경험이 많은 사람이 56.6%(전체의 14.3%), 중간에 이용을 포기하게 되었던 경험이 많다고 응답한 사람은 34.6%(전체의 7.6%)였다. 의료이용을 했지만 결과적으로는 미충족이 되었던 사람은 20.3%였으며, 이들 중 결국 같은 문제로 다시 의료를 찾고 이용하게 된 적이 많았던 사람은 51.2%(전체의 10.4%)였다.

세 가지 의료이용 단계 별로 발생한 미충족 경험은 어떤 의료필요 상황일 때가 더 많은지를 살펴보면 의료 찾기/선택/도달 단계에서는 ‘증상이 불안하여 확인하고 싶어서’가 31.1%로 가장 많았고 그 다음이 ‘증상이 악화되어서’로 23.7%에 해당했다. 그 다음으로는 ‘증상이 없는 일상적인 건강검진’이 17.4%, ‘만성질환 관리’가 12.6%를 차지했다. 1차 조사는 증상으로 인한 불안함, 건강검진, 증상 악화의 순서로 많았다면, 2차 조사는 증상으로 인한 불안함, 증상 악화, 만성질환의 관리 순서였다.

의료 이용 중 단계에서는 ‘증상이 악화되어서’와 ‘증상이 불안하여 확인하고 싶어서’가 각각 32.4%로 가장 많았고, ‘만성질환의 관리’와 ‘증상이 없는 일상적인 건강검진’이 각각 10.3%였다. 1차 조사는 증상의 악화, 증상으로 인한 불안함, 만성관리인 반면 2차 조사는 증상으로 인한 불안함, 증상의 악화, 건강검진의 순서를 보였다. 의료 이용 결과 단계에서는 ‘증상이 악화되어서’가 40.8%로 가장 많은 상황이었고 그 다음으로 ‘증상이 불안하여 확인하고 싶어서’가 29.6%, ‘만성질환 관리’가 13.6%를 차지했다. 1차와 2차 조사의 결과는 전체 순서와 동일했다.

미충족 이유로 의료 찾기/선택/도달 단계에서는 ‘병의원 선택이 어려움’이 36.3%로 가장 높았고 ‘근처에 갈 만한 병원이 없다’와 ‘전공과목 선택이 어려움’이 각각 19.5%, 18.4%로 높았다. ‘병원의 운영시간에 맞추기 어려움’이 14.7%였는데 ‘의료비가 걱정되어서’는 7.4%에 불과했다. 기

존 문항에서 방문 시간이 없어서와 경제적 이유로 인한 비율과 비교하면 상당한 차이가 난다. 1차 조사와 2차 조사의 이유 순서는 비슷했지만 근처에 갈 만한 병원이 없어서 생기는 미충족에 큰 차이를 보였다. 1차 조사는 6.4%로 다섯 번째 이유였지만 2차 조사는 25.8%로 두 번째로 높은 이유여서 지역 간 의료기관 분포의 불균형을 명확히 보여준다.

의료이용 중 단계에서는 ‘절차와 과정의 어려움’이 21.3%로 가장 높고 ‘의료에 대한 설명이 불충분’(19.9%), ‘대기시간 대비 짧은 진료시간’(19.1%), ‘예상 이상의 의료비’(17.7%), ‘의료진의 태도’(12.5%)가 뒤를 이었다. 시설이나 환경 문제는 8.8%로 그리 높지 않았다. 1차 조사에서는 ‘예상 이상의 의료비’가 32.5%로 가장 컸는데 2차 조사는 11.5%로 큰 차이를 보였다. ‘의료에 대한 설명이 불충분함’이 1차 조사에서는 7.5%였는데 2차 조사는 25.0%로 거의 세 배 가까이 차이가 났고 ‘의료진의 태도 문제’는 7.5%와 14.6%로 두 배 차이가 났다.

의료이용 결과 단계에서 미충족은 ‘효과가 미흡해서’가 33.6%로 가장 높았고 ‘상업적 의료 경험’이 26.4%로 뒤를 이었다. 그 외에 ‘궁금증이나 불안이 여전히 해결되지 않은 것’이 13.6%, ‘사후관리나 진료 후 설명이 불충분해서’가 12.8%였다. ‘효과가 미흡해서’ 생기는 미충족은 1차 조사보다 2차 조사에서 더 높은 것으로 나타났고 ‘상업적 의료경험’은 1차 조사에서 2차 조사보다 더 높았다. ‘의료비의 가계부담’은 2차 조사가 1차 조사보다 높았다.

표 32. 미충족의료 경험률 - 개발 문항(표준형)

구분		1차 조사(600)		2차 조사(400)		전체(1000)	
		N	%	N	%	N	%
의료 찾기 / 선택 / 도달	여부						
	없음	155	71.4	272	68.0	427	69.2
	있음	62	28.6	128	32.0	190	30.8
	상황						
	증상악화	11	17.4	34	26.6	45	23.7
	만성관리	5	8.1	19	14.8	24	12.6
	불안함 확인	20	32.3	39	30.5	59	31.1
	건강검진	16	25.8	17	13.3	33	17.4
	입원, 수술 등 중환	5	8.1	6	4.7	11	5.8
	응급	1	1.6	1	0.8	2	1.1
이유	예방	4	6.5	12	9.4	16	8.4
	기타						
	전공과목을 모름	16	25.8	19	14.8	35	18.4

구분		1차 조사(600)		2차 조사(400)		전체(1000)		
		N	%	N	%	N	%	
의료 이용 중	병의원 선택이 어려움	23	37.1	6	35.9	69	36.3	
	근처에 갈만한 병원 없음	4	6.4	33	25.8	37	19.5	
	혼자 병원가기 어려움	2	3.2	5	3.9	7	3.7	
	병원운영시간에 맞추기 어려움	11	17.7	17	13.3	28	14.7	
	의료비가 걱정됨	6	9.7	8	6.3	14	7.4	
	기타							
	이용 지연	아닌 편	35	56.5	56	43.8	91	47.9
		보통 이상	27	43.6	72	56.3	99	52.1
	미이 용	아닌 편	50	80.7	96	75.0	146	76.8
		보통 이상	12	19.4	32	25.0	44	23.2
	여부	없음	177	81.6	304	76.0	481	78.0
		있음	40	18.4	96	24.0	136	22.0
	상황	증상악화	16	40.0	28	29.2	44	32.4
		만성관리	4	10.0	10	10.4	14	10.3
		불안함 확인	13	32.5	3	32.3	44	32.4
		건강검진	3	7.5	11	11.5	14	10.3
		입원,수술 등 중환	2	5.0	8	8.3	10	7.4
		응급	0	0	1	1.0	1	0.7
		예방	2	5.0	7	7.3	9	6.6
		기타						
		이유	의료진 태도	3	7.5	14	14.6	17
	의료에 대한 설명 불충분		3	7.5	24	25.0	27	19.9
	시설이나 환경 문제		2	5.0	10	10.4	12	8.8
	절차와 과정의 어려움		9	22.5	20	20.8	29	21.3
	예상 이상의 의료비		13	32.5	11	11.5	24	17.7
	시간대비 짧은 진료시간		10	25.0	16	16.7	26	19.1
	기타		0	0	1	1.0	1	0.7
	과소 이용	아닌 편	14	35.0	45	46.9	59	43.4
보통 이상		26	65.0	51	53.1	77	56.6	
이용 포기	아닌 편	26	65.0	63	65.6	89	65.4	
	보통 이상	14	35.0	3	34.4	47	34.6	
여부	없음	184	84.8	308	77.0	492	79.4	
	있음	33	15.2	92	23.0	125	20.3	
의료 이용 결과	상황	증상악화	15	45.5	36	39.1	51	40.8
		만성관리	3	9.1	14	15.2	17	13.6
		불안함 확인	10	30.3	27	29.4	37	29.6
		건강검진	3	9.1	6	6.6	9	7.2
		입원, 수술 등 중환	1	3.0	4	4.4	5	4.0
		응급						
		예방	1	3.0	5	5.4	6	4.8
		기타						
		이유	효과 미흡	9	27.3	33	35.9	42
	사후관리 설명 불충분		4	12.1	12	13.0	16	12.8
	궁금증, 불안해결 안됨		5	15.2	12	13.0	17	13.6
	의료진 접촉 중 불편함		3	9.1	7	7.6	10	8.0
	상업적 의료경험		11	33.3	22	23.9	33	26.4

구분		1차 조사(600)		2차 조사(400)		전체(1000)	
		N	%	N	%	N	%
의료비의 가계부담*		1	3.0	6	6.5	7	5.6
기타							
추가	아닌 편	20	60.6	41	44.6	61	48.8
이용	보통 이상	13	39.4	51	55.4	64	51.2

주) 1차 조사의 의료이용 결과 미충족의 이유에서 의료비의 가계부담은 선택지가 없었으나 기타에 해당 내용으로 응답하였음. 이를 2차 조사 설문지 개정에 반영하여 선택지를 추가한 것이다.

(4) 의료이용 단계 별 미충족의료 경험: 단축형 문항

단축형 문항으로 측정된 미충족의료 경험은 1차와 2차 설문의 문항 표현에 차이가 있어 추가 해석이 필요하다. <표 33>은 단축형 문항의 결과를 보여준다. 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 경험은 1차 조사에서 24.4%, 2차 조사에서 52%로 상당한 차이가 났다. 지역 특성을 고려하더라도 표준형 문항에서는 1차에서 28.5%, 2차에서 32%가 있다고 한 결과와 비교하면 2차 조사에서 변동의 폭이 특히 크다. 1차 조사에서는 병의원을 선택하고 찾아가는 것이 어려워 발생하는 지연, 미이용의 두 가지를 물었다면 2차 조사에서는 이를 고민이 되었음, 고민 끝에 지연됨, 고민 끝에 가지 못함의 세 가지로 나누어 물었다. 결과를 보면 이용 지연과 미이용의 비율은 1차 조사와 2차 조사가 비슷하고 고민은 되었지만 지연되거나 이용하지 못할 정도는 아니었다고 응답한 것이 28.8%였으므로 1차 조사에서는 없었다고 응답할 사람 중에서 해당 항목을 구분해낸 셈이다. 미충족 이유를 살펴보면 역시 표준형 문항에서처럼 ‘갈 만한 병의원이 없음’에 응답한 경우가 1차 조사 대상에 비해 2차에서 확연히 많았다.

의료이용 중 단계는 1차 문항에서 ‘기대한 것에 비해 제대로 또는 충분히 받지 못함’을 2차 문항에서는 ‘불만족했지만 이용 자체에는 문제가 없었음’, ‘필요했던 것보다 적게 이용함’, ‘중간에 이용을 그만둠’의 세 가지로 분리하여 질문했다. 그 결과 1차에서 15.2%로 나왔던 것이 2차에서는 21.5%, 14.0%, 4.8%로 측정되었다. 두 조사가 동일한 대상에 이루어진 것이 아니라 정확하게 비교할 수는 없으나 과소이용과 이용 포기를 더한 것만 해도 18.8%로 1차보다는 높음을 알 수 있다. 이 문항도 의료

선택 단계에서의 어려움만 느낀 경우와 마찬가지로 이용 자체에는 문제를 일으키지 않았지만 불만스러웠던 부분이 추가 측정된 것으로 보인다. 미충족 이유 문항은 1차와 2차가 동일하므로 대상자 특성만 두고 비교할 수 있다. ‘환자에게 불편한 시설이나 진료환경’으로 인한 미충족 경험이 2차 조사 대상자에서 29.8%인데 비해 1차 조사에서는 18.2%로 가장 차이가 컸다. 반면 ‘생각보다 많은 의료비’로 인한 미충족은 1차 조사에서 30.3%이고 2차 조사는 16.8%로 반대의 경향을 보였다. 표준형과 비교할 때 차이가 나는 부분은 1차 조사에서는 ‘환자에게 불편한 시설이나 진료환경’에 표준형의 27.5%에 비해 18.2%로 적게 응답하였고 ‘대기시간에 비한 짧은 진료시간’에는 표준형의 25%에 비해 33.3%로 많이 응답한 것이다. 의료진의 태도나 행동, 과도한 의료비는 표준형과 비슷한 정도로 측정되었다. 2차 조사에서는 ‘의료진의 태도나 불충분한 설명과 같은 행동’으로 인한 미충족 이유에 표준형의 39.6%에 비해 23%로 적게 응답하였고 ‘대기시간에 비한 짧은 진료시간’에는 표준형의 16.7%에 비해 29.8%로 많이 응답했다. 시설이나 진료환경 문제와 과도한 의료비는 두 조사에서 비슷하게 측정되었다. 표준형과 단축형의 차이를 고려하더라도 의료진의 태도나 행동으로 인한 미충족은 일반 시와 군 지역에서 광역시에 비해 높았고, 의료비로 인한 미충족은 광역시가 일반 시와 군 지역에 비해 높다는 것은 일관된 결과다.

의료이용 결과 단계는 1차 문항이 그대로 2차 문항에 적용되었으므로 지역 특성만을 반영한 결과로 볼 수 있다. 경험 여부는 불만족했으나 추가 이용은 하지 않은 경우가 1차 조사의 14.3%에 비해 2차 조사는 25.8%로 상당히 높게 측정되었다. 불만족하여 추가로 다른 의료기관을 방문하게 된 경우는 11.1%와 12.3%로 별로 차이가 나지 않았다. 표준형 문항은 결과에 불만족스러웠던 경험 여부만 물었을 때 1차 조사와 2차 조사 대상에서 각각 15.2%와 23%로 측정되었다. 단축형에서 결과에 불만족스러웠던 두 경우를 합하면 25.4%와 38.1%로 표준형에 비해 전반적으로 높게 측정되었다. 미충족 이유에서는 표준형과 단축형 응답 경향이 거의 비슷했다. 다만 2차 조사 대상자에서 ‘불안함과 궁금함이 여전히

남아있어서’라는 응답이 상대적으로 줄어들고 대신 ‘의료진과의 접촉 과정에서 불쾌한 경험이 있어서’의 응답이 그만큼 늘어났다.

2차 조사에서는 전반적으로 표준형 문항에서 미충족이 없다고 한 사람 중에서 상당수(약 20%)가 단축형 문항에는 있다고 응답하는 경향을 보였다. 일부는 표준형 문항에서 있다고 했지만 단축형 문항에서는 없다고 응답하기도 했으나 이 숫자는 2.5% 전후로 낮은 편이었다. 두 방향의 경향성을 보면 어떤 의료경험을 두고 표준형 문항에서는 미충족이 아닌 것으로 판단했다가 단축형 문항에서는 선택지가 세분되면서 맞는 쪽으로 판단을 바꾸는 경우가 많다는 뜻이다. 또는 표준형 문항에 답하는 과정에서 새로운 의료경험이 떠올라 단축형 문항에 응답하게 되었을 가능성도 있다. 일치도가 떨어지는 것은 기술적으로 문제가 있다는 것을 의미하나 실제 현상의 측정에서 무엇이 진실에 가까운가를 평가할 수 있는 것은 아니다. 다만, 응답율을 보면 단축형이 표준형에 비해 미충족 경험 이 높게 나타나므로 더 민감한 설문지라고 할 수는 있을 것이다. 두 유형의 설문이 측정할 수 있는 사람들의 경험이나 인식이 어떻게 다른지를 설명하기 해서는 고민이 필요하고 차이가 나는 이유를 확인하여 필요에 따라 적합한 설문방식을 선택해야 할 것이다.

표 33. 미충족의료 경험률 - 개발 문항(단축형)

구분		1차 조사		2차 조사		
		N	%	N	%	
의 료 찾 기 / 선 택 / 도 달	경험여부	어려움만	-	-	115	28.8
		이용지연	48	22.1	80	20.0
		미이용	5	2.3	13	3.3
		없었음	164	75.6	192	48.0
	미 충 족 이 유	정보부족	16	30.2	52	25.0
		갈만한 병의원 없음	6	11.3	56	26.9
		혼자 가기 어려움	3	5.7	15	7.2
		의료비 부담	10	18.9	21	10.1
		시간 맞추기 어려움	18	34.0	63	30.3
		기타	0	0	1	0.5
의 료 이 용 중	경험여부	기대한 것 불만족했 에 비해 으나 이용 제대로(또 는 충분 히) 받지 못함	33	15.2	86	21.5
		없음				
		과소이용				
					56	14.0
					19	4.8

의 료 이 용 결 과	미 충 족 이유	없었음	184	84.8	239	59.8
		의료진태도/행동	6	18.2	37	23.0
		시설이나 환경	6	18.2	48	29.8
		과도한 의료비	10	30.3	27	16.8
		짧은 진료시간	11	33.3	48	29.8
		기타	0	0	1	0.6
	경험여부	불만족, 추가이용 안함	31	14.3	103	25.8
		불만족, 추가이용 함	24	11.1	49	12.3
		없었음	162	74.7	248	62.0
	미 충 족 이유	효과 미흡	17	30.9	56	36.8
		궁금함, 불안 미해결	17	30.9	31	20.4
		의료진에 불쾌한 경험	6	10.9	22	14.5
		상업적 느낌을 받음	1	27.3	35	23.0
		의료비가계부담	-	-	8	5.3

(5) 기존 문항의 미충족 이유와 개발 문항의 단계별 미충족 이유 비교

본 연구에서 조사한 측정도구에는 기존 문항과 개발한 문항이 함께 포함되어 있어 조사 참여자가 각 미충족 경험의 이유에 응답한 내용을 비교해 보았다(표 34). 이 결과는 기존의 문항에 응답한 결과 안에 사실은 어떤 이유가 드러나지 않고 포함되어 있었는지를 보여줄 것이다. 기존 문항에서 경제적 이유로 인한 미충족 경험이 상당히 많은 비중을 차지한 반면, 개발한 문항에서는 경제적 이유로 인한 미충족 경험이 다른 이유에 비해 그리 크지 않았던 부분에 대해서도 더 자세한 설명을 제공해 줄 것이다. 단, 각 질문은 어느 한 가지 경험을 기준으로 응답하게 설계되었기 때문에 기존 문항에 답할 때 떠올렸던 의료필요 상황과 개발한 문항에 답할 때 떠올린 의료필요 상황이 서로 다른 것이었을 가능성도 있음을 감안해야 한다. 또한 아예 이용하지 못했던 경험을 측정한 기존 문항에서의 의료필요 상황이 이미 이용한 이후의 경험을 측정하는 이용중과 이용 결과 단계에 응답할 때 떠올린 상황과는 다를 가능성도 높다. 따라서 이 두 단계의 문항과의 비교는 기존 문항에 응답하게 된 개인적, 사회적 상태에서 발생 가능한 다른 유형의 미충족 정도로 해석해야 할 것이다.

먼저 의료 찾기/선택/도달 단계의 경우 이용 전 단계에 해당하므로 기존 문항과 영역이 가장 겹치고 비교 가능성이 높다. 기존 문항에서 ‘경제

적 이유'를 답했던 22명 중 9명이 같은 이유를 선택하였다. 나머지 13명은 전문과목과 병의원 선택의 문제에 7명, 갈 곳이 없어서가 2명, 병의원 시간 맞추기 어려웠던 경우가 4명이었다. 기존 문항에서 '방문 시간이 없어서'를 선택한 15명 중에는 근처에 갈 만한 곳이 없었던 경우가 6명, 시간이 맞지 않아서가 4명으로 개인의 시간문제로 측정되었던 자료는 사실 의료기관의 가용성의 문제였을 수도 있음을 보여준다. '증세가 경미해서'를 선택한 14명 중에는 전문과목과 병의원 선택 문제가 9명, 근처에 갈 만한 병의원이 없어서와 병의원 운영과 예약 시간이 맞지 않아서가 각각 3명과 2명이었다. 이는 심각하지 않은 의료필요의 경우 정보접근성과 의료기관의 가용성 문제의 영향을 많이 받는다고 해석할 수 있다.

다음으로 의료 이용 중 단계의 경우 기존 문항에 미충족 경험이 있다고 응답한 사람이면서 해당 단계에도 미충족 경험을 응답한 사람은 50명이었다. 기존 문항에서 '경제적 이유'로 응답했던 16명 중 이와 유사한 '의료비가 예상보다 너무 많이 나와서'를 선택한 사람은 8명이었고 나머지는 다른 이유에 고루 분포했다. 예상보다 많은 의료비는 중간에 의료이용을 중단하거나 과소 이용을 하게 할 가능성이 있기 때문에 경제적 문제로 인한 미충족은 이용 전 단계의 결정 뿐 아니라 이용 중에도 연속적으로 미충족을 일으킬 수 있음을 알 수 있다. 기존 문항에서 '거동이 불편해서(건강문제)'에 응답했던 3명은 모두 '절차와 과정이 너무 복잡하거나 어려웠다'를 선택해 전반적으로 이동능력, 병원체계의 이용능력이 떨어지는 경우 병원으로의 이동문제 뿐 아니라 이용에서의 불편함까지도 고려해야 함을 시사한다.

마지막으로 의료이용 결과 단계의 경우 기존 문항에 답한 사람 111명 중 56명이 이 단계의 미충족 경험이 있었다고 응답했다. 기존 문항에서 '경제적 이유'로 미충족을 경험했다고 응답한 19명 중에서 이용한 후 결과적으로 의료비 지출이 부담이 되었다는 선택지를 고른 사람은 2명 뿐이었다. 의료이용의 결과에 미충족을 경험한 사람의 전반적인 분포는 '효과 미흡'과 '상업적 의료'에 많았고 기존 문항에 응답한 사람과 겹치는 경우도 크게 다르지 않은 경향을 보였다. 기존 문항의 선택지가 대개 의

료 이용 전의 문제를 다루는 것이기 때문에 결과를 묻는 단계의 선택지와는 연관된 지점을 찾기 어려웠다.

표 34. 기존 문항의 미충족 이유와 개발 문항의 단계별 미충족 이유(명)

	경 제 적 이유	의 료 기 관 이 떨어져서	거동이 불편해서 (건강상 이유)	중세가 경미 해서	어디로 갈지 몰라서	방문시간이 없어서	빠른 시일 내 예약 불가해서	주 치 의 가 없어서
의료찾기/선택/도달	22	6	4	14	8	15	8	1
전문과목을 모름	4	0	0	5	3	2	1	0
병의원 선택 어려움	3	2	3	4	3	3	4	0
근처에 갈 만한 곳이 없음	2	3	0	3	2	6	2	0
혼자 가기 어려움	0	1	1	0	0	0	0	0
병원시간 맞추기 힘들	4	0	0	2	0	4	0	1
의료비가 부담됨	9	0	0	0	0	0	1	0
의료이용 중	16	4	3	6	6	12	3	0
의료진의 태도	1	0	0	0	1	1	0	0
설명이 불충분	2	2	0	2	2	3	1	0
시설, 환경 문제	1	1	0	0	1	1	0	0
절차나 과정이 복잡하고 어려움	2	0	3	3	2	3	0	0
의료비가 예상보다 많이 나옴	8	0	0	0	0	2	0	0
짧은 진료시간	2	1	0	1	0	1	2	0
의료이용 결과	19	6	3	8	5	12	3	0
효과가 미흡	8	1	0	1	2	8	2	0
사후 설명이 불충분	1	2	0	1	2	2	1	0
여전히 불안함이 남음	2	1	1	0	0	1	0	0
의료진과의 불쾌한 경험	2	0	1	0	0	0	0	0
상업적 의료행태	4	2	0	5	1	1	0	0
의료비 지출이 부담되었음	2	0	1	1	0	0	0	0

3) 의료필요상황에 따른 미충족 경험률과 미충족 이유

의료필요는 미충족의료를 측정하고자 할 때 분모에 해당하는 중요한 기준이다. 기존의 미충족의료 문항은 의료필요를 구분하지 않고 모든 종류의 의료필요를 전제로 하고 측정한다. 물론 의료필요를 제대로 알기란 쉽지 않고 정확하게 보정하기는 거의 불가능하다. 의료필요의 정도가 같은 질병정도라고 하더라도 의료가 필요하다고 인식하는 정도는 개인의 특성과 경험에 따라 달라지기 때문이다. 그러나 생명을 위협할 정도의 위중한 질병과 쉽게 나아질 수 있는 가벼운 질병은 의료필요가 확연히 다른 특성을 가지므로 이와 같은 방식으로 구분 해볼 수는 있다. 이 연구에서는 의료필요를 의료가 필요한 상황으로 구분하였다. 이 중에서 어떤 증상이 무엇인지 불안하여 확인하고자 병의원에 방문하려는 것은 보통 의료이용의 이유로 구분되지 않으나 정신, 심리적 의료필요의 측면을 반영할 수 있어 따로 분류했다. 건강검진은 보통 예방적 의료에 속하는 것으로 보지만 한국 사회의 특수한 건강검진 문화를 고려할 때 그 자체로 특성이 다를 것으로 보아 별개의 범주로 구분했다.

<표 35>에서 의료필요 상황 별로 살펴보면, ‘증상이 악화되어서’의 경우 각 단계별 미충족 경험률이 비슷하게 분포했다. ‘증상이 불안하여 확인하고 싶어서’의 경우 ‘증상은 없지만 일상적인 건강검진’이나 ‘예방적 의료’와 유사하게 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족이 가장 많았고 의료이용 중 단계가 그 다음, 의료이용 결과 단계가 가장 적었다. 이러한 경향은 건강검진 의료필요에서 가장 강했다. ‘입원이나 수술’에서는 찾기/선택/도달 단계와 이용 중 단계의 미충족 경험률이 비슷했고 의료이용 결과 단계의 미충족은 적은 편이었다. 응급상황 의료필요는 전체 수가 너무 적어서 경향을 설명하기 적절하지 않았다.

다음은 의료이용의 단계에 따라서 의료필요 상황별로 미충족 발생 이유가 어떻게 다른지를 살펴보았다. 먼저 전반적인 의료필요 상황에서 의료 찾기/선택/도달 과정에서 두드러지는 것은 ‘어떤 병원을 선택해야 할지 몰라서’ 생기는 미충족의 비중이 높았다. 특히 증상 악화로 인한 의료

필요와 건강검진 필요에서 거의 절반에 가까운 응답률을 보였다. 불안함을 확인하고자 하는 의료필요에서도 1/3을 차지하였는데, 이 상황에서는 ‘전공과목을 모르는 경우’와 ‘마땅히 갈 곳이 없어서’ 생기는 이유도 각각 1/5 정도였다. 만성 질환의 관리를 위한 의료필요에서는 ‘병원을 선택하는 것’과 ‘마땅히 갈 병원이 없는 것’이 각각 1/4정도를 차지했다. ‘특히 의료비 걱정으로 인한 미충족’이 1/5 정도로 나타나 다른 의료필요 상황에 비해 확연히 높았다. ‘병원 운영시간에 맞추어 시간을 내기 어려워서’ 생기는 미충족은 건강검진과 입원/수술을 위한 의료필요 상황에서 응답이 높은 편이었다. 입원, 수술을 위한 의료필요 상황에서는 ‘마땅히 갈 곳이 없다’는 이유도 1/3 정도로 높은 편이었다. 예방적 의료이 필요한 상황에서는 ‘전공과목을 모르는 문제’가 1/3 정도로 가장 높은 비중이었는데 이는 예방적 의료에 대한 정보와 인식이 부족하기 때문으로 보인다. 응급 의료필요는 ‘갈 곳이 마땅히 없었던 문제’만 있었지만 전체 수가 너무 작아 큰 의미를 두기는 어렵다.

의료이용 중 단계에서 ‘의사의 태도’로 인한 미충족은 대부분의 의료필요 상황에서 10-20% 정도로 비슷했다. ‘설명 부족’으로 인한 미충족은 만성 질환의 관리를 위한 의료필요에서 42.9%로 가장 높은 비중이었고 증상 악화로 인한 의료필요에서도 34.1%로 가장 높았다.

의료이용 결과 단계에서는 증상의 악화로 인한 의료필요 상황에서 ‘해당 증상의 해소가 충분하지 못해서’ 생기는 미충족이 56.9%로 상당히 높은 비중을 차지했다. 만성 질환의 관리를 위한 의료필요에서는 ‘효과 미흡’, ‘의료진과의 접촉 중 생긴 불쾌함’, ‘의료비의 가계부담’으로 인한 미충족이 23%대로 비슷한 비중이었다. 과도한 상업성을 느껴 결과적으로 불만스러웠던 이유는 특히 증상의 확인을 위한 의료필요와 예방적 의료필요, 건강검진 필요로 인한 의료이용에서 두드러졌다.

표 35. 의료필요상황에 따른 미충족 경험률과 미충족 이유

구분	증상악화		만성관리		불안확인		건강검진		입원수술		응급		예방	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
의료 찾기/선택/도달														

전공과목	8	17.8	3	12.5	13	22.0	3	9.1	2	18.2	0	0	6	37.5
병원선택	21	46.7	6	25.0	18	31.5	18	54.6	2	18.2	0	0	4	25.0
갈곳없음	6	13.3	6	25.0	12	20.3	5	15.2	3	27.3	2	100	3	8.1
혼자방문	2	4.4	2	8.3	3	5.1	0	0	0	0	0	0	0	0
병원시간	6	13.3	2	8.3	8	13.6	7	21.2	3	27.3	0	0	2	12.5
의료비	2	4.4	5	20.8	5	8.5	0	0	1	9.1	0	0	1	6.3
합계	45	32.1	24	43.6	59	42.1	33	58.9	11	42.3	2	66.7	16	51.6
의료이용 중														
의사태도	5	11.4	3	21.4	4	9.1	3	21.4	2	20.0	0	0	0	0
설명부족	5	34.1	6	42.9	2	4.6	1	7.1	1	10.0	1	3.7	1	11.1
시설환경	2	4.6	1	7.1	8	18.2	0	0	0	0	0	0	1	11.1
절차과정	9	20.5	3	21.4	10	22.7	4	28.6	3	30.0	0	0	0	0
의료비	3	6.8	1	7.1	13	30.0	3	21.4	3	30.0	0	0	1	11.1
짧은진료	9	20.5	0	0	7	15.9	0	0	1	10.0	0	0	6	66.7
기타	1	2.3												
합계	44	31.4	14	25.5	44	31.4	14	25	10	38.5	1	33.3	9	29.0
의료이용 결과														
효과미흡	29	56.9	4	23.6	7	18.9	1	11.1	0	0			1	16.7
설명부족	5	9.8	1	5.9	8	21.6	0	0	0	0			2	33.3
불안지속	6	11.8	1	5.9	7	18.9	1	11.1	2	40.0			0	0
불쾌함	2	3.9	4	23.5	2	5.4	1	11.1	1	20.0			0	0
상업적	8	15.7	3	17.7	12	32.4	6	66.7	1	20.0			3	50.0
의료비	1	2.0	4	23.5	1	2.7	0	0	1	20.0			0	0
합계	51	36.4	17	30.9	37	26.4	9	16.1	5	19.2			6	19.4
총합	140		55		140		56		26		3		31	

주) 합계에 제시한 %는 전체 의료필요 상황 중 단계별 미충족 경험의 비율이며, 나머지는 각 의료필요 상황을 100%로 볼 때 미충족 이유를 비율로 나타낸 것이다.

4) 인구사회학적 특성에 따른 미충족의료 경험과 미충족의료 대응자원

개인의 사회경제적 특성에 따라 미충족 경험과 의료이용의 대응자원이 어떻게 다른지를 교차분석으로 살펴보았다(표 36). 설문항목 중 인구사회학적 특성으로는 성별을, 사회경제적 특성으로는 소득, 교육수준, 직업유형과 고용형태를 이용했다.

성별로 교차분석에서 유의하게 차이를 보인 부분은 기존 문항의 미충족의료 경험 여부와 의료이용 결과 단계 미충족의 이유였다. 유의한 수

준이 아니라 하더라도 의료 찾기/선택/도달 과정의 미충족 여부, 그로 인한 미이용 빈도, 의료이용 중 미충족으로 인한 과소이용 빈도에서 상당한 차이가 나타났다. 기존 문항으로 측정한 미충족경험 여부는 기존 연구와 같은 경향으로 여성에서 더 많았다. 미충족 이유의 경우 경제적 이유로 인한 미이용이 여성에서 많고 경미한 증세로 인한 미이용은 남성에서 더 많았다. 의료 찾기/선택/도달 과정에서의 미충족 경험은 남성보다 여성에서 더 많이 나타났지만 의료이용 중과 결과 단계에서 성별 미충족 여부 차이는 거의 나지 않았다. 의료비의 경우 찾아가는 단계에서는 남성과 큰 차이가 없었지만 의료이용 중 예상보다 많은 의료비로 불만이 생겼던 경우는 여성이 남성보다 많게 나타나 기존 문항의 경제적 이유로 인한 미충족을 일부 설명해준다. 의료이용 결과의 미충족 이유에서는 ‘효과가 미흡해서’는 큰 차이가 없었지만 ‘사후관리나 예방에 대한 설명이 불충분해서’는 남성이 3.6%인데 비해 여성이 20%로 월등히 높았다. 의료이용 중 반대로 ‘과도한 상업성 때문에’는 남성이 38.2%로 17.1%인 여성에 비해 높았다. 약간의 차이지만 ‘궁금증, 불안 해결이 되지 않아서’나 ‘의료진과 접촉 중 불쾌함을 느껴서’ 모두 여성이 남성보다 다소 높았다.

표 36. 성별에 따른 미충족의료 경험률

구분			남성(298)		여성(319)		Chi-square
			N	%	N	%	p-value
미충족의 료 기존 문항	여부	있음	43	14.4	68	21.3	0.026
	이유	경제적 이유(치료비용)	6	14.0	18	26.5	0.601
		의료기관이 너무 멀어서	3	7.0	6	8.8	
		거동 불편/건강상 문제	3	7.0	3	4.4	
		아이를 봐줄 사람이 없어서	0	0	0	0	
		증세가 경미해서	12	27.9	14	20.6	
		어디로 가야 할지 몰라서(정보)	4	9.3	5	7.4	
		방문시간이 없어서	12	27.9	16	23.5	
		빨리 예약되지 않아서	2	4.7	6	8.8	
		상태를 잘 아는 주치의가 없어서	1	2.3	0	0	
의료 찾기/ 선택/	여부	있음	82	27.5	108	33.9	0.088
	이유	전공과목을 모름	13	15.9	22	20.4	0.644

구분		남성(298)		여성(319)		Chi-square
		N	%	N	%	p-value
도달	병의원 선택이 어려움	35	42.7	34	31.5	
	근처에 갈만한 병원 없음	16	19.5	32	19.4	
	혼자 병원가기 어려움	2	2.4	5	4.6	
	병원운영시간에 맞추기 어려움	10	12.2	18	16.7	
	의료비가 걱정됨	6	7.3	8	7.4	
이용지연	보통 이상	44	53.7	55	50.9	0.709
	미이용	14	17.1	30	27.8	0.083
여부	있음	63	21.1	73	22.9	0.602
	의료진 태도	9	14.3	8	11.0	0.704
이용 중	이유	14	22.2	13	17.8	
	의료에 대한 설명 불충분	4	6.4	8	11.0	
	시설이나 환경 문제	15	23.8	14	19.2	
	절차와 과정의 어려움	10	15.9	14	19.2	
	예상 이상의 의료비	10	15.9	16	21.9	
	시간대비 짧은 진료시간	1	1.6	0	0	
과소이용	보통 이상	31	49.2	46	63.0	0.105
	이용포기	18	28.6	29	39.7	0.173
여부	있음	55	18.5	70	21.9	0.282
	효과 미흡	19	34.6	23	32.9	0.020
의료이용 결과	이유	2	3.6	14	20.0	
	사후관리 설명 불충분	6	10.9	11	15.7	
	궁금증, 불안해결 안됨	3	5.5	7	10.0	
	의료진 접촉 중 불쾌함	21	38.2	12	17.1	
	상업적 의료경험	4	7.3	3	4.3	
	의료비의 가계부담	26	47.3	38	54.3	0.436

교육수준에 따른 차이는 기존 문항의 미충족 여부와 이유, 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 이유, 의료이용 중 단계의 미충족 여부, 의료이용 결과 단계의 여부와 그로 인한 추가 의료이용 정도에서 차이가 났다 (표 37). 기존 문항의 미충족 여부와 경제적 이유로 인한 미충족 경험은 비슷한 경향을 보이는데, 중졸 이하와 전문대졸이 상대적으로 고졸과 대졸 이상보다 미충족 경험률이 높은 M자형을 보인다는 것이다. 그런데 개발한 문항의 의료 찾기/선택/도달 단계에서 미충족 이유의 차이 중 ‘예상되는 의료비 부담 때문에’는 중졸 이하에서 23.5%로 다른 학력 집단에 비해 확연히 차이가 났고 고졸 이상부터는 5.7%에서 학력이 높아질수록 점차 줄어들었다. 학력이 직업과 소득에 직접적으로 관련되기 때문에 교육 수준에 따라 경제적 이유로 인한 미충족이 줄어들어야 할 것 같은데 기존 문항에서는 다른 경향이 나타나 고민이 필요하다. 기존 문

항의 이유에서 ‘방문 시간이 없어서’의 경우 중졸 이하에서 전문대졸로 갈수록 응답률이 높다가 대졸 이상이 되면 줄어드는 것으로 나타났다. 이는 학력이 직업 유형이나 고용 상태로 연결되고, 그에 따라 시간적 여유를 낼 수 있는 정도가 다르기 때문일 것이다. 같은 정규직이라도 지위가 높거나 회사의 복지나 문화가 관대하다면 상대적으로 시간을 더 낼 수가 있다. ‘혼자 병원에 가기 어려워서’라는 이유는 다른 학력집단에 비해 중졸 이하 집단에서 유독 높았는데 이는 이 집단의 연령대가 높기 때문일 것이다. 대졸 이상 집단은 ‘병의원 선택이 어려워서’가 50%로 가장 많은 비중을 차지했으며 나머지 학력집단도 20-30%대로 높기는 했지만 상대적으로 더 집중된 형태였다. 의료이용 중 단계의 미충족은 중졸 이하에서 33.7%로 높고 전문대졸 이상은 22%대인데 고졸에서 16.4%로 가장 낮아 어떤 경향을 설명하기가 어렵다. 의료이용 결과 단계의 미충족 여부에서도 비슷한 결과가 나타났지만 여기서는 대졸 이상이 고졸과 비슷하게 16%대로 나타났다. 이용 지연과 결과의 미충족으로 인한 추가 의료이용 빈도는 중졸 이하에서 약 65%로 다른 집단에 비해 상당히 높은 수치로 나타났다.

표 37. 학력에 따른 미충족의료 경험률

구분			중졸이하		고졸		전문대졸		대졸이상		Chi-square
			N	%	N	%	N	%	N	%	p
미충족의료 기존 문항	여부	있음	30	28.9	36	14.8	21	19.6	24	14.8	0.010
	이유	경제적 이유(치료비용)	9	30.0	6	16.7	5	23.8	4	16.7	0.001
		의료기관이 너무 멀어서	6	20.0	3	8.3	0	0	0	0	
		거동 불편/건강상 문제	5	16.7	1	2.8	0	0	0	0	
		아이를 봐줄 사람이 없어서	0	0	0	0	0	0	0	0	
		증세가 경미해서	1	3.3	14	38.9	4	19.1	7	29.2	
		어디로 가야 할지 몰라서(정보)	4	13.3	3	8.3	1	4.8	1	4.2	
		방문시간이 없어서	4	13.3	7	19.4	10	47.6	7	29.2	
		빨리 예약되지 않아서	1	3.3	2	5.6	1	4.8	4	16.7	
		상태를 잘 아는 주치의가 없어서	0	0	0	0	0	0	1	4.2	

구분			중졸이하		고졸		전문대졸		대졸이상		Chi-s quare p
			N	%	N	%	N	%	N	%	
의료 찾기/ 선택/ 도달	여부	있음	34	32.7	70	28.7	32	29.9	54	33.3	0.750
		전공과목을 모름	3	8.8	14	20.0	9	28.1	9	16.7	
	이유	병의원 선택이 어려움	11	32.4	24	34.3	7	21.9	27	50.0	0.002
		근처에 갈만한 병원 없음	6	17.7	16	22.9	8	25.0	7	13.0	
		혼자 병원가기 어려움	4	11.8	1	1.4	1	3.1	1	1.9	
		병원운영시간에 맞추기 어려움	2	5.9	11	15.7	6	18.8	9	16.7	
		의료비가 걱정됨	8	23.5	4	5.7	1	3.1	1	1.9	
	이용 지연	보통 이상	22	64.7	33	47.1	16	50.0	28	51.9	0.405
	미이 용	보통 이상	6	17.7	13	18.6	10	31.3	15	27.8	0.357
이용 중	여부	있음	35	33.7	40	16.4	24	22.4	37	22.8	0.005
		의료진 태도	4	11.4	3	7.5	2	8.3	8	21.6	
	이유	의료에 대한 설명 불충분	8	22.9	10	25.0	2	8.3	7	18.9	0.618
		시설이나 환경 문제	3	8.6	4	10.0	3	12.5	2	5.4	
		절차와 과정의 어려움	10	29.6	6	15.0	6	25.0	7	18.9	
		예상 이상의 의료비	6	17.1	7	17.5	6	25.0	5	13.5	
		시간대비 짧은 진료시간	3	8.6	10	25.0	5	20.8	8	21.6	
	기타	1	2.9	0	0	0	0	0	0		
	과소 이용	보통 이상	19	54.3	22	55.0	15	62.5	21	56.8	0.928
이용 포기	보통 이상	10	28.6	13	32.5	12	50.0	12	32.4	0.357	
의료 이용 결과	여부	있음	35	33.7	41	16.8	22	20.6	27	16.7	0.002
		효과 미흡	11	31.4	11	26.8	8	36.4	12	44.4	
	이유	사후관리 설명 불충분	5	14.3	7	17.1	3	13.6	1	3.7	0.355
		궁금증, 불안해결 안됨	6	17.1	4	9.8	4	18.2	3	11.1	
		의료진 접촉 중 불쾌함	3	8.6	3	7.3	1	4.6	3	11.1	
		상업적 의료경험	5	14.3	14	34.2	6	27.3	8	29.6	
		의료비의 가계부담	5	14.3	2	4.9	0	0	0	0	
	추가 이용	보통 이상	23	65.7	22	53.7	8	36.4	11	40.7	0.104

소득수준의 경우 기존 문항의 미충족 여부와 이유, 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 이유, 이로 인한 이용지연, 의료 이용 중 단계에서 발생하는 미충족 여부, 의료이용 결과 단계에서 발생하는 미충족 여부에서

차이가 났다(표 38). 가장 낮은 소득집단에서 의료비가 걱정되어 발생하는 미충족이 가장 높은 소득집단에 비해 약 4배 높았다. 이 단계의 미충족 정도로 이용이 지연된 빈도 역시 가장 낮은 소득집단에서 67.4%로 가장 높았고 가장 높은 소득집단은 38.1%로 가장 낮았다. 의료 이용 중 단계에서 미충족 경험의 여부는 가장 낮은 소득집단에서 30.7%로 가장 높은 소득집단보다 약 2배 높았다. 중간적 두 소득집단은 그 사이 수치로 서로 큰 차이를 보이지 않았다. 의료이용 결과에서 발생하는 미충족 여부도 마찬가지로 가장 낮은 집단에서 33.3%로 가장 높았는데 이 단계는 중상 소득집단에서 13.8%로 경험률이 가장 낮았다. 가장 높은 소득집단에서 결과 단계에 미충족을 느끼는 이유는 주로 효과 미흡과 상업적 의료경험으로 이는 다른 집단에 비해 가장 높았다.

표 38. 소득수준에 따른 미충족의료 경험률

구분		200만원 이하		201-400만원		401-600만원		601만원 이상		Chi-square	
		N	%	N	%	N	%	N	%	p	
미충족의 료 기존 문항	여부	있음	30	16.6	44	19.4	27	13.3	10	13.7	0.022
	이유	경제적 이유(치료비용)	12	40.0	9	20.5	2	7.4	1	10.0	0.000
		의료기관이 너무 멀어서	6	20.0	3	6.8	0	0	0	0	
		거동 불편/건강상 문제	5	16.7	0	0	1	3.7	0	0	
		아이를 봐줄 사람이 없어서	0	0	0	0	0	0	0	0	
		증세가 경미해서	1	3.3	13	29.6	10	37.0	2	20.0	
		어디로 가야 할지 몰라서(정보)	3	10.0	2	4.6	2	7.4	2	20.0	
		방문시간이 없어서	1	3.3	12	27.3	10	37.0	5	50.0	
		빨리 예약되지 않아서	2	6.7	4	9.1	2	7.4	0	0	
		상태를 잘 아는 주치의가 없어서	0	0	1	2.3	0	0	0	0	
의료 찾기/ 선택/ 도달	여부	있음	43	37.7	65	28.6	61	30.1	21	28.8	0.354
	이유	전공과목을 모름	4	9.3	10	15.4	15	24.6	6	28.6	0.098
		병의원 선택이 어려움	15	34.9	24	36.9	22	36.1	8	38.1	
		근처에 갈만한 병원 없음	7	16.3	14	21.5	13	21.3	3	14.3	
		혼자 병원가기 어려움	4	9.3	1	1.5	2	3.3	0	0	
		병원운영시간에	5	11.6	13	20.0	7	11.5	3	14.3	

구분		200만원 이하		201-400만원		401-600만원		601만원 이상		Chi-square	
		N	%	N	%	N	%	N	%	p	
이용 중	맞추기 어려움										
	의료비가 걱정됨		8	18.6	3	4.6	2	3.3	1	4.8	
	이용 지연	보통 이상	29	67.4	31	47.7	31	50.8	8	38.1	0.100
	미이용	보통 이상	11	25.6	14	21.5	15	24.6	4	19.1	0.917
	여부	있음	35	30.7	47	20.7	43	21.2	11	15.1	0.061
	이유	의료진 태도	3	8.6	8	17.0	5	11.6	1	9.1	
		의료에 대한 설명 불충분	11	31.4	9	19.2	3	7.0	4	36.4	
		시설이나 환경 문제	4	11.4	5	10.6	3	7.0	0	0	
		절차와 과정의 어려움	7	20.0	8	17.0	10	23.3	4	36.4	0.311
		예상 이상의 의료비	7	20.0	6	12.8	10	23.3	1	9.1	
		시간대비 짧은 진료시간	3	8.6	10	21.3	12	27.9	1	9.1	
		기타	0	0	1	2.1	0	0	0	0	
	과소 이용	보통 이상	24	68.6	24	51.1	23	53.5	6	54.6	0.421
	이용 포기	보통 이상	14	40.0	18	38.3	11	25.6	4	36.4	0.513
	여부	있음	38	33.3	45	19.8	28	13.8	14	19.2	0.001
의료 이용 결과	효과 미흡	10	26.3	18	40.0	8	28.6	6	42.9		
	사후관리 설명 불충분	7	18.4	4	8.9	3	10.7	2	14.3		
	궁금증, 불안해결 안됨	4	10.5	6	13.3	7	25.0	0	0	0.137	
	의료진 접촉 중 불쾌함	3	7.9	5	11.1	1	3.6	1	7.1		
	상업적 의료경험	8	21.1	11	24.4	9	32.1	5	35.7		
	의료비의 가계부담	6	15.8	1	2.2	0	0	0	0		
	추가 이용	보통 이상	25	65.8	20	44.4	13	46.4	6	42.9	0.195

직종에 따른 차이는 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 여부와 이유, 의료이용 중 단계의 미충족 여부, 의료이용 결과 단계의 미충족 여부와 이로 인한 추가이용 빈도에서 나타났다(표 39). 모든 미충족 경험 여부는 생산직에서 거의 절반 가까운 사람이 미충족을 경험했다고 응답하여 다른 직종에 비해 가장 많았다. 서비스/판매직과 사무직에서는 전반적으로 의료 찾기/선택/도달과정의 미충족 경험률이 다른 단계에 비해 높은 편이었고 두 직종 간 차이는 그리 크지 않았다. 기타 직종(직업군인, 종교인 등 나머지 직종 외)은 의료 찾기/선택/도달 과정에서는 앞의 두 직

중보다 경험률이 적었지만 이용 중과 결과 단계에서는 더 많았다. 의료 찾기/선택/도달과정의 이유에서 두드러진 차이는 생산직에서 ‘예상되는 의료비에 대한 걱정’, 사무직에서 ‘병의원 선택이 어려워서’, 그리고 기타 직종에서는 ‘병원 운영 시간에 맞추기가 어려워서’가 다른 직종에 비해 높은 비중을 차지한 것이었다. 의료이용 결과의 미충족으로 인해 다른 의료를 추가로 이용한 빈도가 높은 직종은 생산직이 72.7%로 매우 높았고 사무직은 서비스/판매직과 기타 직종의 절반에 불과한 25.0%였다.

표 39. 직종에 따른 미충족의료 경험률

구분			생산직		서비스/ 판매직		사무직		기타		Chi-s quare p
			N	%	N	%	N	%	N	%	
미충 족의 료 기준 문항	여부	있음	17	32.7	30	15.7	18	14.8	6	20.0	0.026
	이유	경제적 이유(치료비용)	7	41.2	4	13.3	5	27.8	1	16.7	0.307
		의료기관이 너무 멀어서	2	11.8	1	3.3	0	0	0	0	
		거동 불편/건강상 문제	1	5.9	0	0	0	0	0	0	
		아이를 봐줄 사람이 없어서	0	0	0	0	0	0	0	0	
		증세가 경미해서	1	5.9	10	33.3	4	22.2	1	16.7	
		어디로 가야 할지 몰라서(정보)	2	11.8	2	6.7	0	0	1	16.7	
		방문시간이 없어서	2	11.8	10	33.3	7	38.9	3	50.0	
		빨리 예약되지 않아서	2	11.8	3	10.0	1	5.6	0	0	
		상태를 잘 아는 주치의가 없어서	0	0	0	0	1	5.6	0	0	
의료 찾기/ 선택/ 도달	여부	있음	25	48.1	55	28.8	38	31.2	7	23.3	0.042
	이유	진공과목을 모름	4	16.0	13	23.6	6	15.8	1	14.3	0.139
		병의원 선택이 어려움	7	28.0	14	25.5	18	47.4	2	28.6	
		근처에 간단한 병원 없음	7	28.0	14	25.5	5	13.2	1	14.3	
		혼자 병원가기 어려움	2	8.0	2	3.6	0	0	1	14.3	
		병원운영시간에 맞추기 어려움	1	4.0	10	18.2	8	21.1	32	28.6	
		의료비가 걱정됨	4	16.0	2	3.6	1	2.6	0	0	
		이용 지연	보통 이상	16	64.0	29	52.7	20	52.6	6	
	미이 용	보통 이상	7	28.0	14	25.5	9	23.7	3	42.9	0.758
	이용 중	여부	있음	25	48.1	35	18.3	26	21.3	8	26.7
이유		의료진 태도	4	16.0	4	11.4	3	11.5	0	0	0.436
		의료에 대한 설명 불충분	3	12.0	6	17.1	3	11.5	4	50.0	

구분		생산직		서비스/ 판매직		사무직		기타		Chi-s quare p	
		N	%	N	%	N	%	N	%		
의료 이용 결과	시설이나 환경 문제	5	20.0	4	11.4	2	7.7	0	0	0.541	
	절차와 과정의 어려움	3	12.0	4	11.4	8	30.8	1	12.5		
	예상 이상의 의료비	4	16.0	8	22.9	6	23.1	1	12.5		
	시간대비 짧은 진료시간	5	20.0	9	25.7	4	15.4	2	25.0		
	기타	1	4.0	0	0	0	0	0	0		
	과소 이용	보통 이상	13	52.0	24	68.6	14	53.9	5	62.5	0.748
	이용 포기	보통 이상	11	44.0	15	42.9	8	30.8	3	37.5	
	여부	있음	22	42.3	35	18.3	20	16.4	6	20.0	0.430
	이유	효과 미흡	11	50.0	6	17.1	7	35.0	3	50.0	
		사후관리 설명 불충분	2	9.1	6	17.1	2	10.0	1	16.7	
궁금증, 불안해결 안됨		3	13.6	8	22.9	1	5.0	1	16.7		
의료진 접촉 중 불쾌함		1	4.6	5	14.3	2	10.0	0	0		
상업적 의료경험		5	22.7	10	28.6	8	40.0	1	16.7		
의료비의 가계부담	-	-	-	-	-	-	-	-			
추가 이용	보통 이상	16	72.7	18	51.4	5	25.0	3	50.0	0.023	

고용형태 간에는 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 이유와 이로 인한 미이용 빈도, 의료이용 중 단계의 미충족 경험률과 이용 포기 빈도, 의료이용 결과 단계의 미충족 경험률과 그로 인한 추가이용 빈도가 차이를 보였다(표 40). 고용 형태를 축으로 하면 기존 문항으로는 비정규직/일용직에서 가장 미이용률이 높았고 경제적 이유가 가장 많았다. 정규직은 다른 직종보다 미이용률이 낮았고 시간과 경미한 증상이 이유인 경우가 많았다. 또한 다른 직종에 비해 특정 직종에서 높게 나오는 이유를 보면 정규직은 ‘병의원 선택이 어려워서’가 41.2%, 비정규, 일용직은 ‘혼자 병원에 가기 어려워서’가 16%, 자영업은 ‘의료비가 걱정되어서’가 9.4%였다. 이 단계에서의 어려움으로 결국 이용하지 못하게 된 경험은 비정규/일용직에서 44%로 가장 높았다. 의료이용 중 단계, 의료이용 결과 단계의 미충족, 그리고 이용 중 미충족으로 인한 이용 포기 경험 역시 비정규/일용직에서 가장 높았다. 단, 의료이용의 결과가 만족스럽지 않아 추가로 다른 의료를 이용했다고 응답한 것은 자영업에서 65.2%로 61.9%인 비정규/일용직의 응답률과 비슷했다.

표 40. 고용형태에 따른 미충족의료 경험률

구분			정규직		비정규/ 일용직		자영업		Chi-square
			N	%	N	%	N	%	p
미충족 의료 기존 문항	여부	있음	33	13.1	19	30.2	19	16.7	0.022
	이유	경제적 이유(치료비용)	6	18.2	6	31.6	5	26.3	0.101
		의료기관이 너무 멀어서	0	0	3	15.8	0	0	
		거동 불편/건강상 문제	0	0	0	0	1	5.3	
		아이를 봐줄 사람이 없어서	0	0	0	0	0	0	
		증세가 경미해서	9	27.3	4	21.1	3	15.8	
		어디로 가야 할지 몰라서(정보)	1	3.0	1	5.3	3	15.8	
		방문시간이 없어서	13	39.4	5	26.3	4	21.1	
		빨리 예약되지 않아서	3	9.1	0	0	3	15.8	
		상태를 잘 아는 주치의가 없어서	1	3.0	0	0	0	0	
의료 찾기 / 선택 / 도달	여부	있음	68	31.2	25	39.7	32	28.1	0.276
	이유	전공과목을 모름	13	19.1	5	20.0	6	18.8	0.039
		병의원 선택이 어려움	28	41.2	5	20.0	8	25.0	
		근처에 갈만한 병원 없음	11	16.2	6	24.0	10	31.3	
		혼자 병원가기 어려움	0	0	4	16.0	1	3.1	
		병원운영시간에 맞추기 어려움	13	19.1	4	16.0	4	12.5	
		의료비가 걱정됨	3	4.4	1	4.0	3	9.4	
	이용지연	보통 이상	37	54.4	17	68.0	17	53.1	0.447
	미이용	보통 이상	19	27.9	11	44.0	3	9.4	0.012
	이용 중	여부	있음	46	21.1	22	34.9	26	22.8
이유		의료진 태도	6	13.0	3	13.6	2	7.7	0.615
		의료에 대한 설명 불충분	8	17.4	4	18.2	4	15.4	
		시설이나 환경 문제	4	8.7	5	22.7	2	7.7	
		절차와 과정의 어려움	11	23.9	1	4.6	4	15.4	
		예상 이상의 의료비	9	19.6	4	18.2	6	23.1	
		시간대비 짧은 진료시간	7	15.2	5	22.7	8	30.8	
		기타	1	2.2	0	0	0	0	
과소이용		보통 이상	27	58.7	15	68.2	14	53.9	0.593
이용포기		보통 이상	19	41.3	12	54.6	6	23.1	0.079
의료 이용 결과	여부	있음	39	17.9	21	33.3	23	20.2	0.029
	이유	효과 미흡	11	28.2	6	28.6	10	43.5	0.446
		사후관리 설명 불충분	3	7.7	3	14.3	5	21.7	
		궁금증, 불안해결 안됨	7	18.0	5	23.8	1	4.4	
		의료진 접촉 중 불쾌함	5	12.8	1	4.8	2	8.7	
		상업적 의료경험	13	33.3	6	28.6	5	21.7	
		의료비의 가계부담	-	-	-	-	-	-	
	추가이용	보통 이상	14	35.9	13	61.9	15	65.2	0.041

다음 <표 41>과 <표 42>는 의료필요의 미충족에 대응할 수 있는 자

원으로 측정한 항목을 분석한 결과다. 그 예로 ‘아는 의료인’이 얼마나 가까운 연결망 안에 있는지는 소득수준에서 유의한 연관이 있었다. 예상과 같이 소득수준이 높을수록 가까이 알고 있는 의료인이 있을 확률이 높았고 낮을수록 줄어들었다. 의료이용에 관한 정보를 어디서 주로 얻는지에 대해서는 교육, 소득, 직업유형과 고용형태 모두에서 유의한 차이를 보였다. 이 비교는 순서형이 아니므로 무엇이 더 좋다고 보다는 정보를 찾고 활용하는 방식에 차이가 있다고 해석해야 할 것이다. 대중매체의 활용은 전반적으로 교육, 소득의 정도가 낮은 집단에서 더 많이 활용하는 경향이었다. 인터넷은 교육수준이 높거나 소득수준이 낮지 않은 집단, 사무직에서 많이 이용하는 편이었다. 지인의 의견은 소득수준이 낮거나 교육수준이 낮은 경우 큰 경향이 있었고 직업유형으로는 생산직, 고용형태에서는 비정규직과 자영업에서 높은 편이었다. 의료인의 의견이 두드러지는 집단은 교육수준에서 중학교 졸업 이하인 집단과 소득수준이 가장 높은 집단이었다. 시간적 여유 역시 모든 종류의 사회경제적 특성에 따라 달랐다. 시간적 여유가 많을 확률(70점 이상 응답)은 여성이 남성보다 높았다. 교육수준에서 고졸 이하인 시간적 여유가 높은 경우가 많은 편이었고 전문대 졸업 이상 집단은 중간정도의 여유를 가진 경우가 절반 정도 되었다. 소득수준에 따라서는 200만원 이하 집단은 70점 이상이 가장 많았지만 다른 집단은 중간 정도의 여유(40-69점)로 응답한 경우가 가장 많았다. 직업적으로는 각 시간여유 정도에 응답한 비중이 비슷했고, 기타 직업유형에서만 절반이 시간여유가 없는 편으로 응답했다. 고용 형태는 정규직보다는 비정규직이 시간 여유가 없는 경향이었고 자영업은 여유가 있는 편으로 응답하는 경향이었다. 지금 의료기관에 불만이 있을 때 달리 갈 수 있는 기관이 주변에 충분하지 않다고 응답한 경우는 소득수준이 높을수록 줄어들었고 고용형태에서는 자영업이 정규직이나 비정규직에 비해 매우 적게 응답했다. 이용자 역량은 의사소통 역량에서만 소득수준에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 소득수준이 낮을수록 검사나 치료에 대한 의사의 설명을 이해하고 소통하는데 어려운 편이라고 응답했다.

표 41. 인구사회학적 특성에 따른 미충족의료 대응 자원(%) - 인적 자원, 정보원

	구분	인적 자원			p	정보원					p
		가까운 의료인	부탁 할 의료인	없음		대중매체	인터넷	공적 정보	지인 의견	의료인 의견	
성별	남성	19.7	30.4	49.9	0.173	16.8	30.8	5.5	27.4	19.5	0.193
	여성	15.2	32.4	52.5		18.3	26.4	4.3	33.3	17.6	
교육 수준	중학교 졸업 이하	17.4	29.6	53.0	0.245	20.0	0.9	2.6	46.1	30.4	0.000
	고등학교 졸업 이하	14.4	32.0	53.7		21.7	19.2	6.2	36.3	16.5	
	전문대(2~3년제) 졸업 이하	15.4	34.3	50.3		13.7	38.3	4.0	24.6	19.4	
	대학교(4년제) 졸업 이상	21.7	29.9	48.4		14.4	43.1	4.7	21.7	16.1	
	200만원 이하	9.6	25.9	64.4		27.4	10.4	3.7	40.0	18.5	
소득 수준	201~400만원	17.2	30.2	52.6	0.002	23.3	25.7	4.2	31.8	14.9	0.000
	401~600만원	17.7	35.4	47.0		11.1	37.2	6.6	26.1	19.0	
	601만원 이상	26.6	28.4	45.0		8.3	31.2	2.8	28.4	29.4	
직업 유형	생산직	25.3	24.0	50.7	0.253	28.0	12.0	8.0	37.3	14.7	0.000
	서비스, 판매직	16.1	32.3	51.6		15.4	29.8	4.6	29.1	21.1	
	사무직	22.1	30.6	47.3		9.3	45.7	6.2	19.8	19.0	
	기타	14.6	25.0	60.4		37.5	14.6	4.2	27.1	16.7	
고용 형태	정규직	17.2	31.4	51.5	0.293	14.3	41.8	6.0	21.3	16.7	0.000
	비정규직	19.5	26.8	53.7		17.1	29.3	1.2	31.8	20.7	
	자영업	24.7	28.8	46.5		20.0	12.9	6.5	35.9	24.7	

표 42. 인구사회학적 특성에 따른 미충족의료 대응 자원(%) - 시간적 여유, 공급자원, 이용자 역량

구분	시간적 여유				공급 자원		이용자 역량			
	-39점	40-69점	70점-	p	가용 의료기관	p	문제 제기 역량	p	의사소통 역량	p
성별	남성	21.9	45.2	32.9	0.001	11.0	0.733	22.1	12.6	0.849
	여성	21.3	35.3	43.4		11.6		22.1	11.9	
교육 수준	중학교 졸업 이하	7.8	20.9	71.3	0.000	14.8	0.196	16.5	11.4	0.655
	고등학교 졸업 이하	19.8	38.8	41.5		10.8		22.2	14.6	

구분		시간적 여유				공급 자원		이용자 역량			
		-39점	40-69점	70점-	p	가용 의료기관	p	문제제기역량	p	의사소통역량	p
	전문대(2·3년제) 졸업 이하	26.9	47.4	25.7	0.000	14.3	0.014	27.4	0.264	12.5	0.072
	대학교(4년제) 졸업 이상	25.5	44.6	29.9		9.1		21.1		9.3	
소득 수준	200만원 이하	14.1	29.6	56.3	0.004	15.6	0.147	20.7	0.707	15.1	0.559
	201-400만원	27.6	36.6	35.8		14.1		25.2		15.7	
	401-600만원	20.6	43.3	36.2		8.2		20.8		8.6	
	601만원 이상	13.8	55.1	31.2		7.3		17.4		2.7	
직업 유형	생산직	29.3	48.0	22.7	0.007	17.3	0.010	22.7	0.536	17.5	0.115
	서비스, 판매직	26.0	46.0	28.1		9.1		22.8		12.4	
	사무직	24.0	51.9	24.0		11.6		24.4		9.5	
	기타	50.0	22.9	27.1		6.3		16.7		18.8	
고용 형태	정규직	28.0	47.3	24.6	0.007	12.6	0.010	23.2	0.536	12.2	0.115
	비정규직	32.9	53.7	13.4		14.6		26.8		22.0	
	자영업	22.9	42.4	34.7		4.7		20.6		8.5	

주) 공급자원과 이용자 역량은 '아닌 편'에 해당하는 %이다.

5) 대응자원에 따른 미충족의료 경험

대응자원의 보유 특성에 따라 미충족의료 경험률의 관계를 살펴보았다(표 43). 기존 미충족의료 측정문항은 인적 자원, 정보원, 시간 여유 특성에서 유의한 차이를 보였다. 기존 문항의 미충족 경험률(미이용률)에서는 인적 자원에서는 가까운 의료인보다 가깝지 않지만 부탁 가능한 의료인이 있는 집단에서 12.3%로 가장 낮은 미충족률을 보였다. 정보원은 대중매체와 지인 의견을 듣는 집단에서 23.9%로 다른 정보원을 주로 사용하는 집단에 비해 미충족 경험률이 높았다. 시간 여유가 없는 집단일수록 미충족 경험률이 높았다.

개발한 문항의 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 경험률에는 정보원, 시간여유, 가용한 의료기관에서 유의한 차이를 보였다. 여기서는 기존 문항과 다르게 정보원이 인터넷인 경우가 지인의견인 집단과 함께 미충족률이 높았다. 그러나 다른 집단의 경우도 의료인 의견이 주 정보원

인 집단을 제외하고 20-30% 사이로 높은 비율을 보였다. 시간 여유에 대해서는 중간정도에 놓인 사람이 가장 낮은 집단보다 조금 더 높은 36.1%로 나타났고 이는 시간 여유가 없는 집단과 비슷했다. 현재 의료기관에 불만이 있을 때 옮길 수 있는 의료기관이 충분하지 않은 집단에서 52.8%로 아닌 집단의 27%에 비해 매우 높았다.

의료이용 중 단계의 미충족 경험률에는 시간 여유, 가용한 의료기관, 의사소통 효용에서 유의한 차이를 보였다. 시간 여유가 적을수록 이용 중의 단계에서도 미충족을 느끼는 경우가 많았고 대체하여 갈 수 있는 의료기관이 적고 의사소통 효용이 낮은 집단에서 각기 41.8%, 38.8%로 높았다.

의료이용 결과 단계의 미충족 경험률에는 시간여유와 가용한 의료기관 특성에서만 유의한 차이를 나타냈다. 시간 여유가 적을수록 미충족을 경험할 확률이 높았고 대체하여 갈 수 있는 의료기관이 적은 집단에서 각기 31.9%로 충분한 집단의 18.3%보다 높았다.

의사소통 효용은 의료 찾기/선택/도달 단계와 의료이용 결과 단계에서도 역량이 낮은 집단이 보통 이상인 집단보다 미충족 경험률이 높았지만 유의수준은 10% 수준에 그쳤다.

표 43. 미충족의료 대응 자원에 따른 미충족의료 경험률(%)

구분	기존 문항		의료 찾기/선택/도달		의료 이용 중		의료 이용 결과		
	%	p	%	p	%	p	%	p	
인 적 자원	가까운 의료인	19.6	0.042	30.4	0.983	22.3	0.979	17.9	0.459
	부탁할 의료인	12.3		31.3		21.5		18.5	
	없음	21.0		30.7		22.3		22.3	
정 보 원	대중매체	23.9	0.001	29.4	0.001	22.8	0.356	23.9	0.306
	인터넷	17.4		35.3		25.2		21.6	
	공적정보	17.2		24.1		27.6		20.7	
	지인의견	23.9		37.6		22.3		21.8	
	의료인의견	6.1		17.4		15.9		13.6	
시 간 여유	- 39점	27.8	0.000	33.8	0.010	30.5	0.001	29.1	0.000
	40-69점	18.5		36.1		23.6		22.0	
	70점 -	11.2		23.6		15.0		12.9	
공급 자원	가용의료기관	17.1	0.171	27.0	0.000	18.6	0.000	18.3	0.003
		23.1		52.8		41.8		31.9	
이 용	문제제기 효용	17.6	0.664	29.9	0.350	20.8	0.142	20.1	0.875

자 역 량	19.3		0.977	34.1		0.082	26.7		0.010	20.7	
	20.2			30.5			21.9			21.7	
	20.4			42.9			38.8			32.7	
의사소통		효용									

주) 이 표의 수치는 각 대응자원 선택지에 응답한 사람을 한 집단으로 했을 때 그 집단에서 미충족의료 경험률이 얼마나 되는지를 비교하는 것이다.

7) 미충족의료 경험과 주관적 건강 수준의 변화

2차 조사에서는 설문지의 가장 마지막에 지난 1년 사이에 검사 또는 상담이나 치료를 위해 병의원에 가거나 의사를 만나야 하겠다고 생각한 때와 비교할 때 조사 당시의 건강상태가 어떤지를 5점 척도로 물었다. 이 때, ‘매우 좋아졌음’과 ‘좋아진 편’인 경우를 ‘좋아짐’으로 두고 ‘그대로’와 ‘나빠진 편’, ‘매우 나빠졌음’을 나머지로 하여 이분하였다.

건강상태가 좋아진 사람보다 좋아지지 않고 그대로이거나 나빠진 사람에서 미충족 경험의 종류에서 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족으로 인해 이용지연이 많았던 경우, 의료이용 중 단계의 미충족으로 인해 해야 하는 것보다 적게 이용한 적이 많았던 경우, 그리고 의료이용 결과 단계에서 미충족 경험이 있었던 경우가 유의하게 많았다. 대부분의 미충족 경험 여부나 형태와 반대로 결과의 미충족 필요를 충족하기 위해 추가 의료이용을 한 적이 많았다고 응답한 사람은 건강상태가 좋아진 사람 중에서 더 많았다. 추가 의료이용이 의료이용 결과의 미충족으로 인한 반응으로써 결과 미충족의 정도를 측정하기 위한 것이기는 하지만 의료 필요를 어느 정도나 형태로든 충족하지 못한 사람에 비해 결과적으로 의료필요를 충족하게 되었을 가능성이 높기 때문일 것으로 추측할 수 있다. 단, 이 결과는 일반 시와 군 지역 대상의 표본에 한정된 결과이다(표 44).

표 44. 미충족의료 경험률에 따른 주관적 건강 수준의 변화

구분 (N=400)	좋아짐		그대로 이하		p
	빈도	%	빈도	%	

구분 (N=400)			좋아짐		그대로 이하		p
			빈도	%	빈도	%	
미충족의료 기존 문항	여부	있음	44	19.1	37	21.9	0.484
의료 찾기/ 선택/ 도달	여부(128)	있음	67	29.0	61	36.1	0.133
	이용지연	보통 이상	33	49.3	39	63.9	0.094
	미이용	보통 이상	14	20.9	18	29.5	0.261
이용 중	여부(96)	있음	51	22.1	45	26.6	0.293
	과소이용	보통 이상	21	41.2	30	66.7	0.013
	이용포기	보통 이상	15	29.7	18	40.0	0.276
의료 이용 결과	여부(92)	있음	43	18.6	49	29.0	0.015
	추가이용	보통 이상	26	60.5	25	51.0	0.363

8) 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인

조사 대상자의 사회경제적 특성, 미충족의료 대응자원, 그리고 미충족의료 경험의 관계에 대해 기초적인 분석을 실시하였다. 이를 바탕으로 관련 요인들이 각 미충족의료 경험 유형에 미치는 영향력을 설명하기 위한 다변수 로지스틱 회귀분석을 수행하였다(표 45). 인구사회학적 변수로 성별, 연령, 거주지, 학력, 월가구소득, 직업유형을 포함하였다. 건강수준과 의료이용에 관련된 변수로는 주관적 건강수준, 민간의료보험 유무, 의료이용의 민감도 변수를 넣었고 의료이용과 미충족의료 대응자원으로 의료인맥, 의료이용의 정보원, 의료기관의 가용성, 불만제기 역량, 시간적 여유를 포함하였다. 의사소통 역량은 2차 조사에서만 수집되었기 때문에 분석에서 제외하였다.

먼저, 기존 문항으로 측정한 미이용 경험에 5% 이하 유의한 수준으로 연관된 변수는 성별, 학력, 민간의료보험 유무, 의료이용 정보원, 시간적 여유에 해당했다. 연령과 직업유형, 거주지, 의료인맥은 10% 유의수준에서 미이용률에 영향을 미쳤다. 여성은 남성에 비해 미이용을 경험할 확률이 높고(OR: 1.70, 95% CI: 1.00-2.87) 학력이 중졸 이하인 집단에 비해 그 이상의 학력을 가진 집단에서는 낮아졌다(고졸, OR 0.33, 95% CI: 0.14-0.75; 대졸 이상, OR: 0.28, 95% CI: 0.10, 0.81). 민간의료보험은 없는 집단이 있는 집단에 비해 미이용을 경험할 확률이 높았으며(OR: 2.28, 95% CI: 1.21-4.31) 의료이용의 정보원이 의료인인 집단이 대중매

체인 집단에 비해 낮았다(OR: 0.23, 95% CI: 0.08–0.62). 시간적 여유는 40점 미만인 집단에 비해 그 이상인 집단에서 시간여유가 높을수록 미이용을 경험할 확률이 낮았다(40–69점, OR: 0.52, 95% CI: 0.29–0.93; 70점 이상, OR: 0.22, 95% CI: 0.10–0.47).

개발한 문항 중 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 경험에 5% 이하 유의한 수준으로 연관된 변수는 연령, 거주지, 주관적 건강수준, 의료이용의 정보원, 의료기관의 가용성이었다. 성별, 민간의료보험, 의료인맥 변수는 10% 유의수준에서 미충족률에 영향을 미쳤다. 연령대가 50대인 집단에서 20대에 비해 미충족 경험 확률이 높았고(OR: 2.79, 95% CI: 1.31–5.95) 거주지가 광역시와 군인 경우 서울시에 비해 높았다(광역시, OR 2.18, 95% CI: 1.13–4.22; 군, OR: 3.11, 95% CI: 1.57–6.17). 주관적 건강수준은 나쁜 집단에서 보통 이상인 집단에 비해 해당 단계에서의 미충족을 경험할 확률이 높았다(OR: 1.99, 95% CI: 1.08–3.65). 의료이용의 정보원이 의료인이 아닌 지인인 경우 미충족 경험 확률이 높았고(OR: 2.22, 95% CI: 1.18–4.20), 이용한 의료기관에 불만이 있을 때 근처에 다른 의료기관을 선택할 곳이 충분하지 않은 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 미충족 확률이 높았다(OR: 2.83, 95% CI: 1.65–4.86).

의료이용 중 단계의 미충족 경험에 5% 이하 유의한 수준으로 연관된 변수는 연령, 학력, 주관적 건강수준, 의료기관의 가용성, 시간적 여유였다. 연령대가 50대 이상인 경우 20대에 비해 해당 단계의 미충족 경험을 할 확률이 높았고(50대, OR 3.30, 95% CI: 1.38–7.90; 60대 이상, OR: 3.11, 95% CI: 1.16–8.29) 고졸인 경우 중졸 이하인 경우에 비해 미충족 경험을 할 확률이 낮았다(OR: 0.39, 95% CI: 0.18–0.81). 주관적 건강수준이 나쁜 집단에서 보통 이상인 집단에 비해 의료이용 중 미충족 경험 확률이 높았고(OR: 2.92, 95% CI: 1.54–5.56) 대체할 의료기관이 충분하지 않다고 응답한 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 미충족을 경험할 확률이 높았다(OR: 2.89, 95% CI: 1.64–5.09). 시간적 여유는 70점 이상인 집단이 40점 미만인 집단에 비해 미충족 경험 확률이 낮았다(OR: 0.30, 95% CI: 0.15–0.59).

의료이용 결과 단계의 미충족 경험에 5% 이하 유의한 수준으로 연관된 변수는 연령, 학력, 주관적 건강수준, 시간적 여유였다. 거주지, 의료기관의 가용성은 10% 유의수준에서 미충족률에 영향을 미쳤다. 연령대는 40대가 넘어갈수록 20대에 비해 해당 단계의 미충족 경험을 할 확률이 높았고(40대, OR: 2.80, 95% CI: 1.08-7.28; 50대, OR 3.06, 95% CI: 1.17-7.96; 60대 이상, OR: 3.12, 95% CI: 1.09-8.95) 학력이 고졸인 경우 중졸 이하인 경우에 비해 낮았다(OR: 0.47, 95% CI: 0.22-0.99). 주관적 건강수준이 나쁜 집단이 보통 이상인 집단에 비해 미충족 경험을 할 확률이 높았고(OR: 4.20, 95% CI: 2.19-8.04) 시간적 여유가 70점 이상인 경우 40점 미만에 비해 의료이용 결과의 미충족을 경험할 확률이 낮았다(OR: 0.21, 95% CI: 0.10-0.44).

표 45. 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인

		기존 문항, 미이용률		의료 찾기/선택/도달		의료이용 중		의료이용 결과	
		OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
성별	남성(ref)	1		1		1		1	
	여성	1.70**	1.00, 2.87	1.43*	.94, 2.17	1.17	.73, 1.89	1.14	.70, 1.84
연령	20대(ref)								
	30대	2.41*	.94, 6.18	2.16*	.98, 4.78	1.06	.41, 2.74	2.17	.79, 5.94
	40대	1.62	.66, 4.01	1.84	.86, 3.94	1.43	.59, 3.46	2.80**	1.08, 7.28
	50대	1.07	.42, 2.72	2.79***	1.31, 5.95	3.30***	1.38, 7.90	3.06**	1.17, 7.96
	60대	.52	.18, 1.51	1.53	.65, 3.61	3.11**	1.16, 8.29	3.12**	1.09, 8.95
학력	중졸이하(ref)	1		1		1		1	
	고졸	.33***	.14, .75	1.06	.53, 2.12	.39**	.18, .81	.47**	.22, .99
	전문대졸	.39*	.13, 1.14	1.05	.43, 2.58	.94	.32, 2.20	.71	.27, 1.88
	대졸이상	.28**	.10, .81	1.06	.45, 2.52	.87	.34, 2.18	.54	.20, 1.41
월가구 소득	200만원 이하(ref)	1		1		1		1	
	201-400만원	.68	.31, 1.47	.74	.38, 1.42	.98	.47, 2.05	.83	.41, 1.70
	401-600만원	.57	.23, 1.42	.84	.40, 1.76	1.29	.56, 2.99	.62	.27, 1.43
	601-800만원	.64	.18, 2.30	.79	.30, 2.13	.62	.19, 2.09	1.34	.45, 3.95
	801만원 이상	1.80	.45, 7.20	1.94	.60, 6.25	1.47	.38, 5.76	1.47	.36, 5.96
직업유형	정규직(ref)	1		1		1		1	
	비정규,일용직	2.15*	.94, 4.91	1.02	.50, 2.07	1.69	.79, 3.61	1.50	.69, 3.26
	자영업	1.46	.66, 3.25	.94	.50, 1.75	1.21	.61, 2.40	.95	.46, 1.94
	무직	1.38	.67, 2.82	.94	.53, 1.68	.87	.44, 1.71	.93	.46, 1.86
거주지	서울시(ref)	1		1		1		1	
	광역시	.46*	.19, 1.11	2.18**	1.13, 4.22	.87	.41, 1.85	1.19	.52, 2.72
	일반 시	.46*	.22, 1.00	1.03	.55, 1.95	.94	.47, 1.88	1.47	.69, 3.13
	군	1.37	.62, 3.03	3.11***	1.57, 6.17	1.43	.67, 3.02	2.16*	.96, 4.88
주관적 건강	보통 이상(ref)	1		1		1		1	
	나쁨	1.21	.58, 2.51	1.99**	1.08, 3.65	2.92***	1.54, 5.56	4.20***	2.19, 8.04

의료이용	자주 감(ref)	1		1		1		1	
경향	보통이하	1.43	.83, 2.49	.93	.60, 1.45	.80	.49, 1.30	.74	.45, 1.23
민간의료	있음(ref)	1		1		1		1	
보험	없음	2.28**	1.21, 4.31	1.60*	.91, 2.81	1.29	.70, 2.38	.87	.46, 1.65
의료인맥	가까운 의료인(ref)	1		1		1		1	
	부탁가능 의료인	.48*	.23, 1.03	1.06	.60, 1.89	.95	.50, 1.83	1.02	.51, 2.05
	없음	.60	.30, 1.19	.63*	.36, 1.10	.74	.39, 1.38	1.01	.52, 1.96
정보원	대중매체(ref)	1		1		1		1	
	인터넷	.65	.28, 1.49	1.92*	.94, 3.85	1.79	.81, 3.94	1.57	.70, 3.52
	공적정보	.96	.26, 3.52	1.00	.33, 3.00	1.90	.62, 5.79	1.32	.40, 4.34
	비의료인	1.71	.82, 3.58	2.22**	1.18, 4.20	1.26	.62, 2.57	1.47	.71, 3.03
	의료인	.23***	.08, .62	.54	.26, 1.13	.67	.30, 1.49	.65	.28, 1.48
가용성	보통이상(ref)	1		1		1		1	
	없는 편	1.23	.64, 2.35	2.83***	1.65, 4.86	2.89***	1.64, 5.09	1.78*	.98, 3.23
불만제기	보통이상(ref)	1		1		1		1	
	아닌 편	.94	.52, 1.69	1.01	.62, 1.65	1.10	.64, 1.87	.84	.47, 1.48
시간적	40점 미만(ref)	1		1		1		1	
여유	40-69점	.52**	.29, .93	1.12	.68, 1.84	.69	.40, 1.18	.64	.37, 1.11
	70점 이상	.22***	.10, .47	.63	.35, 1.14	.30***	.15, .59	.21***	.10, .44

*** p<0.01, ** p<0.05 * p<0.1

2. 고찰

이 분석에서는 개발한 미충족의료 측정도구를 이용해 광역시, 일반시, 군 단위의 표본 1,000명을 대상으로 조사한 자료를 분석하여 새로운 측정도구가 기존의 문항과 비교하여 어떤 결과를 보여줄 수 있는지를 살펴해보았다. 측정도구는 조사대상자의 사회인구경제적 특성, 의료제도에 대한 인식, 의료이용과 필요 미충족의 대응자원, 그리고 의료이용 단계별 미충족의료의 여부, 상황, 이유, 유형을 측정하도록 구성되었다. 측정도구의 개발과 조사가 1차와 2차 조사로 문항과 조사대상이 다른 부분이 있었기 때문에 통합하여 분석하는데 일부 제한이 있었으며, 특히 요인을 분석한 로지스틱 회귀 분석에서는 두 조사에서 공통적으로 조사된 변수만 사용하였다. 또한 2차 조사는 1차 조사와 달리 의료필요가 있다고 응답한 사람만 표본에 포함하였으므로 1차 조사 지역인 광역시에서보다 2차 조사 지역인 일반시와 군 지역에서의 응답이 과대 표집 되었을 가능성을 염두에 두고 해석해야 한다.

1) 의료이용 단계별 미충족의료

가장 핵심적인 변수인 의료이용 단계별 미충족 경험률에서 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족률은 30.8%, 의료 이용 중 단계의 미충족은 22%, 의료이용 결과 단계의 미충족 20.3%로 측정되어 기존 문항의 미충족 경험률인 18%에 비해 전반적으로 높게 나타났다. 기존의 지표가 정의한 미충족의료는 의료필요를 정확하게 명시하지 않아 ‘의료인이 인정한’ 의료필요를 대리하는 범위에 해당하며 미충족 되는 것은 그 이용을 하지 못한 것에 국한하였다. 그러나 본 연구에서 정의하는 의료필요는 의료인이 인정하는 것 외에도 이용자의 관점에서 정신, 심리적인 필요와 사회적으로 구성된 필요로 더 확장하였으며 자연히 그 필요의 미충족 역시 단지 이용 여부로만 정의하지 않고 필요 자체가 충족되지 못한 것을 의미하였기 때문에 이와 같은 응답비율의 차이가 나타났을 것이다.

의료이용 단계 중에서는 의료를 찾고 선택하고 도달하기까지의 과정에서 미충족이 가장 많아 특히 이 단계의 미충족을 완화하기 위한 노력이 더욱 필요하다.

미충족 경험의 이유에서 단계별로 분석했을 때 의료 찾기/선택/도달 단계에서는 전공과목의 어려움도 있었지만 어떤 병의원을 선택하느냐가 더 어렵다고 응답했다. 이 결과는 한국에서 의료기관의 양보다 질과 그에 관한 정보의 문제에 주목해야 함을 시사한다. 기존 문항은 의료비 부담으로 인한 미충족이 많은 비중을 차지한 반면, 새로운 문항으로 조사했을 때에는 의료비 부담으로 인한 미충족이 그리 많지 않았다. 기존 문항이 대개 의료 찾기/선택/도달 과정에 포함되는 개념임을 고려하면 이와 같은 큰 차이는 해석이 필요한데, 기존의 미충족 연구에서 복합적인 미충족의료 발생의 기제를 충분히 반영하지 못하는 문항을 이용함으로써 경제적 이유로 인한 미충족이 과도하게 반영되었을 가능성이 있다. 이런 결과는 미충족의료의 개념을 확장하면서 미이용 뿐만 아니라 이용 지연과 불편함까지 확장했기 때문에 이용 여부를 결정하는 데에 결정적인 역할을 할 수 있는 경제적 이유가 단지 희석되었을 뿐이라는 반론이 가능하다. 즉, 확장한 개념에서 다시 더 엄격하게 미이용 결과를 경험한 사람으로 좁히면 여전히 경제적 이유가 더 큰 비중을 차지할 수 있다는 것이다. 그러나 의료 찾기/선택/도달 과정의 미충족 경험 유형을 더 분류하여 결국 미이용한 경험이 많다고 응답한 사람에서 분석하면 의료비로 인한 부담감을 이유로 선택한 사람은 9.1%로 다른 이유들(병원 시간에 맞출 수 없음 42.9%, 전문 과목을 모름 25.7%, 마땅히 갈 곳이 없음 24.3%)에 비해 여전히 상대적으로 비중이 낮다. 이 단계에서 미충족으로 이용 지연을 경험한 적이 많다고 응답한 사람에서 미충족 이유를 분석하면 어떤 병의원을 선택해야 할지 몰라서가 27.3%, 마땅히 갈 곳이 없어서가 21.2%, 병원 시간에 맞출 수 없음이 19.2%이고 의료비가 부담되어서는 10.1%였다. 즉, 이용이 지연되는 것은 병의원 선택 문제, 이용을 못하게 되는 데에는 시간적 문제가 더 결정적인 영향을 미치며, 경제적 문제는 이용 지연이나 이용 못함 모두에서 비슷하게 그리 높지 않은 비중

을 차지함을 알 수 있다.

의료 이용 중 단계에서는 의료 또는 의료인과의 의식적, 무의식적 권력관계에 따라 절차와 과정의 어려움, 의료인과의 소통으로 인한 미충족이 많았다. 이는 의료이행이 이루어지는 과정에서 기저에 이용자가 느끼는 경험적, 지식적 차이와 그로 인한 어려움을 반영한다. 예상 이상의 진료비도 적지 않은 비율을 차지했는데 이는 단순히 이용하기 전에 의료비를 걱정해서 미루거나 가지 못하는 상황 외에도 의료비로 인한 경제적 부담의 문제가 있다는 것을 보여준다. 물론 여기에는 절대적인 의료비 문제보다는 의료비에 대한 인식 대비 현실의 차이가 반영된다. 1, 2차 조사 결과의 차이는 주로 가게 되는 병원의 규모나 진료 행태와 관련될 수 있다. 의료에 대한 설명이나 태도 문제로 인한 미충족이 일반 시와 군 지역을 조사한 2차 조사에서 많았다는 것은 의료 ‘과정의 질’(quality of process)에 지역 간 불평등이 있음을 시사한다.

의료 이용 결과 단계에서는 의료이용의 일차적인 목적이라 할 수 있는 의료의 효과 측면에서 생기는 미충족이 가장 많았다. 의료필요의 본질인 의료적 차원에서 생기는 미충족인데 이 비율이 광역시보다 일반 시와 군 지역에서 더 높다는 것은 의료 ‘결과의 질’(quality of outcome)에 불평등이 있음을 보여준다. 다음으로 상업적 의료경험이 효과 미흡에 뒤이어 높은 비중을 차지했는데, 이 부분은 반대로 광역시에서 일반 시나 군지역보다 더 높게 나타나 상업성에 대한 인식의 민감도를 같다고 가정한다면 큰 도시와 그 외 지역의 의료기관 진료 경향의 차이 때문이라고 볼 수 있다. 이용재(2005)의 연구에 의하면 종합병원이 도시지역에 많이 분포한 반면, 농어촌 지역은 보건기관이나 병원이 더 많이 분포하는 것으로 나타났다. 특히 병원보다도 보건기관의 분포 차이가 커서 지방 소도시와 농어촌 지방의 경우 대도시에 집중된 높은 질의 서비스를 공공보건기관을 통해 보완하고 있음을 보여주었다. 병원의 종별 차이나 규모는 결과로서의 질이 불평등함을 설명할 수 있다. 지금까지 지역 간 의료 불평등 연구는 의료 자원에만 주로 초점이 맞추어져 있어 과정으로서의 질이 불평등할 가능성에 대해서는 이러한 현상을 설명할 근거를 찾기 어려

왔다. 이 연구에서 제안하는 미충족의료 측정도구를 사용한다면 향후 지역 간의 의료 불평등에서 자원뿐 아니라 과정과 결과의 질에 대한 불평등을 연구하고자 할 때 좋은 자료를 얻을 수 있을 것이다.

단축형 설문에서 의료 찾기/선택/도달 단계의 문항에 변화를 준 결과 2차 조사에서는 이 단계에서 고민이 되었다고 응답한 28.8%를 추가로 파악할 수 있었다. 선택 과정에서의 미충족을 실제로 이용 자체에 영향을 미친 것부터 보는 것이 맞을지, 어려움을 느낀 것부터 보는 것이 맞을지를 판단하는 것은 미루어 두더라도 조사대상의 상당수가 이 단계에서 어려움을 겪고 있다는 것이 실제 응답으로 드러난 것이다.

의료이용 중 단계의 질문에서도 유사한 결과가 나타난다. 단축형 문항에서 이용 자체에는 문제가 없었지만 불만족했다는 것은 표준형의 응답에 비해 의료인과의 대면과정에서 발생한 심리적, 비의료적 필요의 미충족이 표출되었을 가능성이 높다. 단축형 설문에서도 ‘환자에게 불편한 시설이나 진료환경’이라는 응답이 일반 시와 군 지역에서 광역시에 비해 확연히 높은 비중으로 나타난 것은 구조적 차원에서 지방 의료의 질이 떨어질 가능성을 시사한다. ‘생각보다 많은 의료비’는 표준형에서와 마찬가지로 비중이 컸고 광역시가 일반 시와 군 지역에 비해 더 응답이 많았다. 이는 광역시에 비교한 지방의 소득수준, 의료기관의 종별 분포와 상업적 의료행태의 차이 때문일 것으로 추측할 수 있다.

의료이용 결과 단계의 미충족 경험 여부는 표준형에 비해 단축형에서 전반적으로 높게 측정되었다. 이는 의료 선택 단계나 이용 중 단계와 마찬가지로 경험 유형의 선택지를 세분화하면서 애매한 경계에 있던 경험 중 일부가 포함되었기 때문일 것이다. 미충족 이유에서 2차 조사 부분의 표준형에 비해 단축형에서의 응답비율이 달라진 것은 표준형에 있던 선택지인 ‘예방이나 사후관리 설명의 불충분’을 ‘불안함과 궁금함이 남아서’ 안에 포함하여 문항을 줄이려는 의도였으나 그 중 일부가 ‘의료진과의 접촉 중 불쾌함’으로 측정되었을 것으로 추측된다.

이상의 내용을 통해 표준형과 단축형의 응답 일치도에서 2차 조사의 경험 여부는 일치하는 편이었지만 경험 이유에서 일치도가 떨어졌다는

점, 그리고 경험 여부를 세분화 했을 때는 더욱 일치도가 떨어지는 등의 결과를 이해할 수 있다. 표현을 가급적 그대로 사용하려고 하였으나 표준형의 선택지 개수를 단축형에서 줄이는 과정에서 생기는 어쩔 수 없는 의미 전달의 차이가 있었을 것이다. 경험을 세분화하는 과정에서 상기하게 되는 미충족 경험이 달라졌을 가능성은 향후 도구의 보완에 반영해야 할 부분이다. 또한 설문문항을 만들 때는 한 문장 안에 여러 의미를 담지 않는 것이 바람직하므로 단축형을 사용하더라도 이유의 선택지는 줄이지 않고 그대로 유지하는 것이 더 적합했을 것이다.

2) 의료필요 상황에 따른 미충족의료

증상의 악화로 인한 의료필요 상황에서 의료이용의 세 단계에서 겪을 수 있는 미충족 비율은 비슷했다. 그 중 의료 찾기/선택/도달 과정에서는 병원 선택 문제가 거의 절반에 달하는 이유를 차지했다. 이러한 경향은 건강검진 의료필요에서도 유사했다. 또한, 증상악화로 인한 의료필요 상황에서 특히 의료이용 결과의 미충족 이유로 효과가 미흡해서가 절반 이상을 차지했는데 이는 다른 의료필요 상황과 비교할 때 여전히 사람들은 통증과 같이 의료적으로 완전한 해결이 어려운 급성 질환 문제에서 미충족을 많이 느끼고 있음을 보여준다. 증상 악화로 인한 필요에서도 '설명이 부족해서' 생기는 미충족이 높은 것은 아마도 이용자 입장에서는 견디기가 불편하고 힘들었으나 의사의 입장에서는 그리 큰 문제가 아닌 것처럼 반응했을 가능성이 높아 이러한 미충족이 발생했을 수 있다.

만성질환의 관리로 인한 의료필요는 병의원을 선택하는 문제와 마땅히 갈 곳이 없다는 이유가 합해서 절반 정도에 해당했다. 이는 의료이용 중 단계에서 의사의 설명이 부족한 것 때문에 미충족이 생기는 것과 연결하여 생각해볼 수 있다. 만성질환의 경우 어느 정도 안정기에 접어들면 설명이나 적극적인 관리보다는 일상적인 투여가 주를 이루게 되며 어떤 치료를 왜 받고 있는지조차 잘 모르고 병원을 다니는 경우도 있다. 만성질환의 관리에서는 고혈압이나 당뇨와 같이 꾸준히 약을 먹어야 하

므로 오랫동안 방문하고 특별히 변화가 없으면 약을 처방하는 것 외에 달리 설명하지 않게 될 가능성이 높아 의료이용 중 단계의 미충족이 발생했을 것이고, 이것이 의료기관의 선택에 영향을 미쳐 이런 결과가 나타난 것으로 보인다. 흥미로운 것은 이 영역에서 ‘짧은 진료 때문’이라는 이유는 없었다는 점인데, 외래 환자의 만족도가 진료 시간과는 관계가 없었지만 의사와의 대화시간과 진료 길이에 대한 의사와의 대화시간 비율은 통계적으로 유의했다는 연구 결과는 환자가 단지 진료가 짧은 것을 문제 삼는다고보다 만성질환에 대해서 더 구체적이고 충분한 설명을 바라고 있다고 해석할 수 있을 것이다(강태경 외, 2003). 이러한 미충족 때문에 주변에 병의원이 많이 있을수록 여러 번 병원을 바꾸고 어느 곳에서 기대한 의료를 받을 수 있을지 더 어려워지는 결과가 발생할 수도 있다. 특이할만한 점은 만성관리에서 의료비 부담으로 인한 이용 전 단계의 미충족이 20%로 적지 않았다는 점이다. 증상의 악화나 입원 수술보다도 만성질환 관리에서 의료비 부담을 느끼는 사람이 많다는 것은 의료필요의 심각도에 따른 비용 지출의 기준이 달라서일 수도 있지만 정기적이고 지속적인 의료비 지출이 그리 적지 않다는 것을 의미할 수도 있다. 2016년 고혈압 외래환자 1인 당 연평균 본인부담금은 약 22만원, 당뇨병은 약 29만원, 관절염은 약 22만원 정도로 집계되었다(서남규 외, 2016). 소득 수준이 높지 않은 노인층의 경우 여러 만성질환을 같이 가지고 있을 가능성이 높아 고정적인 지출이 충분히 부담 될 수 있는 금액이다. 또한 종합병원 급에서 만성질환 관리를 하는 경우 부담이 되어 개인 병원으로 옮겼다는 면담 사례는 의료기관의 종류에 따라서도 더 부담이 될 수 있음을 보여준다. 다만, 의료필요의 상황과 이유별로 구분을 하다 보니 각 상황에서의 분석 대상자 수가 줄어들어 이러한 분포를 신뢰할 수 있을지의 문제가 있다.

증상이 불안하여 확인하고 싶은 의료필요와 일상적인 건강검진 의료필요는 ‘검사’가 주를 이루는 의료라는 점에서 비슷한 특성을 갖는다. 검사기기가 갖추어진 곳을 찾아가려면 더 큰 의료기관을 선택할 수밖에 없다. 의료이용 전 단계에서는 어떤 전공과목을 선택해야 하는지와 어느

병원을 선택할 지에 대한 고민이 주를 이루고 이용 중 단계에서는 절차 과정의 어려움과 예상보다 많은 의료비가 미충족 이유로 많았다. ‘예상보다 많은 의료비’로 인한 미충족은 비급여 검사가 포함되는 경우가 많아 서일 수도 있다. 주목할 점은 의료이용 결과에서 다른 이유들에 비해 ‘너무 상업적이라는 느낌을 받아서’라는 이유가 많은 비중을 차지한다는 것이다. 한국은 국민건강검진 외에도 비급여인 종합건강검진이 단독 또는 병행으로 이루어지고 있으며 특히 종합건강검진의 경우 상업성이 큰 의료서비스에 해당한다(박유경 외, 2015). 이렇게 적지 않은 비중을 차지하는 의료필요에서 의료가 제공되는 경향과 실제 적정한 수준으로 제공되고 있는지에 대한 자세한 연구가 필요할 것이다.

예방적 의료가 필요한 상황에서는 ‘전공과목을 모르는 문제’가 가장 높은 비중이었는데 이는 예방적 의료에 대한 정보와 인식이 부족하기 때문으로 보인다. 응급 의료필요는 ‘갈 곳이 마땅히 없었던 문제’만 있었지만 전체 수가 너무 작아 큰 의미를 두기는 어렵다. 또한 예방적 진료에서는 응답자 수가 적기는 하지만 대부분이 ‘짧은 진료시간’을 문제 삼았고, 이는 아마도 예방적 의료의 많은 부분을 차지하는 예방접종에서 의사가 문진하는 시간이 짧기 때문일 수 있다.

3) 사회경제적 특성에 따른 미충족의료

지금까지 미충족의료 경험 자체의 특성에 대해서 살펴보았는데, 이러한 경향은 전체 인구집단을 대상으로 한 것이다. 질적 자료 분석에서 살펴보았듯이 미충족의료는 보건의료체계의 구조를 기반에 두고 누구에게나 적용되지만 다음에 서술할 내용과 같이 연령이나 성별과 같은 인구학적 특성에 따라 달리 반영되기도 하고 사회경제적 수준에 따라 발생 가능한 미충족에 대응하거나 예방하는 방식이 달리 나타날 수 있다.

성별의 경우 기존 문항에 여성에서 경제적 이유로 미충족이 발생하는 일이 많은 것은 개발 문항의 의료 이용 중 단계에서 ‘예상 이상의 의료비’에 대한 응답을 여성이 더 많이 한 것과 맥락이 일치한다. 그보다 더

명확한 차이가 나는 부분은 의료이용 결과 단계에서 사후관리에 대한 설명이 불충분하다는 이유로 여성이 남성에 비해 훨씬 높은 응답을 보인 것이다. 다른 특성을 보정하지 않은 상태임을 감안하고 해석할 때 사후관리에 대한 관심과 설명을 듣고 싶어 하는 필요 욕구가 여성에서 덜 충족되고 있는 반면, 이용 중 단계에서 ‘설명이 미흡하다’는 이유는 남녀 모두에서 비슷했다. 진료에 관한 설명은 환자의 반응과 상관없이 의사들이 보편적으로 하는 반면, 사후관리나 예방에 관한 추가 설명은 환자의 요구에 의해 더 자세해지게 된다. 그렇다면 여성이 설명을 더 요구하지 못하거나 여성의 요구에 의사들이 잘 반응하지 않는다는 추측도 해볼 수 있으나 이 부분은 추가적인 연구가 필요할 것이다. 의사와 환자 간 젠더 조합이 의사소통에 미치는 영향에 관해 체계적 문헌 검토를 수행한 연구에서는 남자의사와 여자환자의 조합에서 가장 환자중심적이지 않고 남자의사/남자환자 조합보다 상담시간이 짧고 의사가 환자에 대해 잘못된 가정을 함으로써 여성환자의 참여적 관계보다는 의사가 더 많이 말하고 질문하는 방식의 의사소통을 하는 경향이 있다는 결론을 제시했다(Sandhu et al., 2009). 한국의 의료인 성별 비율은 2017년 통계에 의하면 여성이 25.4%여서 전반적으로 남성 의사를 만났을 확률이 더 높았을 것으로 추정할 때, 이러한 결과는 의사-환자 의사소통의 젠더적 특성에 의한 차이에서 비롯되었다고 볼 수 있다(통계청, 2018). 상업적 의료경험으로 인한 미충족은 남성이 여성보다 두 배 가까이 높았는데 남성이 여성에 비해 의료의 상업적 행태에 대해 민감하게 반응하는 결과를 해석하기 위해서도 젠더에 따른 의료 경험과 인식에 대한 심층적인 연구가 필요하다.

학력에 따른 분석에서 대졸 이상의 집단이 다른 집단에 비해 병의원 선택을 더 어려워하는 것은 다른 선택지의 비율로 미루어볼 때 일단 근처에 갈 만한 병원은 이미 충분히 있고 어디를 가야 하는지도 잘 아는 편이지만 가급적이면 더 좋은 병의원을 선택하고자 하는 욕구가 강하거나 기준이 높기 때문일 수 있다. 의료비로 인한 부담이나 혼자 병의원에 가기 어렵다는 응답이 중졸 이하의 집단에서 그 외의 집단에 비해 눈에

띄게 높았는데 이는 해당 집단의 연령대가 높기 때문일 것으로 보인다. 물론 소득수준이나 건강수준도 연관이 있을 것이다. 의료이용 중 단계와 의료이용 결과 단계에서 모두 중졸 이하의 집단이 가장 미충족 경험률이 높았지만 학력에 따라 일관된 기울기가 있는 것은 아니었다. 둘 모두 오히려 고졸 집단의 경험률이 낮고 전문대졸의 경험률이 높은 편이었다. 다른 특성과의 보정을 하지 않은 탓이겠으나 이유를 살펴보면 고졸 집단의 미충족 이유는 이용 중이나 후의 설명이 부족했다는 비율이 높은 편이어서 의사소통 역량의 영향이 있을 것이라고 예상할 수 있다. 이와 비교할 때 궁금증이나 불안 해결이 되지 않았다는 이유는 중졸 이하와 전문대졸 집단에서 높았는데 여기에는 더 많은 궁금증과 높은 불안정도라는 인식이 작용할 수도 있고 의사소통 능력이라는 자원이 작용할 수도 있어서 해석을 한 가지로만 적용하기 어렵다. 이 연구에서 개발한 문항은 기존의 문항과 달리 의료를 이용하는 과정에서 발생 가능한 의료적, 비의료적 상황을 넓게 포괄하므로 소득과 학력이 각 단계의 미충족에 작용하는 더 다양한 기제와 영향을 고려해야 한다.

소득수준에 따른 미충족의료 경험 여부에서도 학력과 같이 반드시 소득수준에 따라 모든 미충족경험이 많아지는 경향을 보이지는 않았다. 예를 들어 의료이용 결과 단계에서는 월평균 소득 400-600만원인 집단에서 그보다 낮거나 높은 집단에 비해 미충족 경험률이 낮았다. 의료이용 중 단계나 의료 찾기/선택/도달 단계의 경우 200만원 이하인 집단을 제외하면 나머지 세 집단 사이에는 큰 차이가 보이지 않는 경향이였다. 이유를 구분하여 볼 때 기존 문항에서는 경제적 이유로 인한 미충족 이유 비중이 소득 수준에 따라 낮아지는 경향을 보였다. 개발 문항의 의료 찾기/선택/도달 단계와 의료이용 결과의 의료비 이유에서도 비슷했다. 그런데 의료이용 중 단계에서 예상 이상의 의료비로 인한 미충족은 오히려 400-600만원인 집단에서 그 이하 소득수준인 집단에서보다 더 높은 비중을 보였기 때문에 이는 다른 해석이 필요하다. 이는 예상하는 의료비의 기대 수준과 실제 이용하는 의료의 수준의 차이 때문일 수 있다. 질적 자료에서 분석된 바로는 소득수준이 낮은 경우 높은 의료비가 나올

것 같은 의료기관을 부담스러워하며 피하는 경향을 보였고 높은 소득수준에서는 비용을 더 지불하더라도 더 좋은 서비스를 받고자 하거나 큰 신경을 쓰지 않는 경향이 있었다. 낮은 소득집단의 경우 애초에 많은 의료비가 나올 상황을 피하고 실제로도 부담스러우리라는 예상을 이미 하기 때문에 예상보다 높은 의료비로 인한 미충족이 적을 수 있고 중소득집단에서 오히려 의료비용 회피 행동이 없이 의료비에 대해 큰 걱정을 하지 않았지만 실제로는 ‘예상보다’ 높은 의료비로 인한 부담을 경험했을 수 있다는 것이다. 학력이나 소득수준에서 일정한 경향을 보이지 않음에도 이 문항이 의미 있는 이유는 실제 이용 여부나 가계에는 영향을 미치지 않았다고 하더라도 실질적으로는 과소이용이나 이용을 포기하는데 관련될 수 있고 인식적으로는 기대와 다른 보건의료체계라는 평가를 내릴 수 있기 때문이다. 기존의 미충족의료에서는 실질적 경제적 부담만을 미충족으로 포함하였다면 이러한 문항은 그 외에도 경제적 문제에 대한 불확실성이라는 부분 역시 미충족의료에 해당할 수 있음을 보여준다. 시간 문제에 대해서는 기존 미충족 문항에서는 소득 수준이 높아질수록 시간이 없어서라는 이유의 비중이 높아지는 경향을 보였지만, 개발한 문항의 찾기/선택/도달 단계에서는 운영시간에 맞추기 어렵다는 응답에 소득 수준별 차이가 거의 보이지 않았다. 병원을 찾고 선택하는 과정이 가기 위해 시간을 내는 단계에 앞선 장애물로 작동하기 때문에 시간으로 인한 부담을 응답하려던 사례가 회석되었을 가능성이 있다. 그럼에도 가장 큰 이유를 선택한 것이라는 점에서 의료기관을 찾고 선택하는 문제가 시간의 문제보다 더 중요한 미충족 이유라는 것은 달라지지 않는다.

직종의 경우 생산직이 다른 직종에 비해 전반적인 미충족률이 높은 것은 소득과 연관 된다. 이는 기존 문항의 경제적 이유와 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 이유로 ‘예상되는 의료비에 대한 걱정’이 다른 집단에 비해 높은 것을 통해 짐작할 수 있다. 의료이용 중 단계에서 의료비에 해당하는 ‘예상 이상의 의료비’는 생산직보다 서비스/판매직이나 사무직에서 더 높았다. 이것은 이미 의료를 이용하기 시작한 상태에서 설정한 예상 의료비 수준이나 방문하는 의료기관 종류의 영향을 받을 수

있기 때문이다. 고용형태는 경제적 상황이나 학력, 시간적 여유에 직종보다 더 직접적으로 연결되었다. 정규직에서 ‘병의원 선택이 어려워’ 생기는 미충족이 높은 것은 학력에서 대졸 이상 집단과 비슷한 이유일 것이다. 시간으로 인한 미충족의 경우 기존 문항에서는 정규직이 다른 고용형태에 비해 높았고 개발한 문항에서도 시간에 맞추기 어렵다는 응답이 높았다. 경제활동 상태와 의료이용의 연관성에 관한 연구에서 설명하듯이 고용형태에 대해서는 연령, 성별, 소득수준과 상호작용하기 때문에 의료이용과 의료비 지출이 다각적 특성을 지니므로 보다 세밀한 분석이 필요하다(서남규, 2011).

4) 사회경제적 특성에 따른 대응자원과 미충족의료

사회경제적 특성에 따른 의료이용과 미충족의료 대응자원 분석 결과에서 소득수준이나 교육수준에 따라 의료인 연결망에 차이가 난 것은 충분히 예상할 수 있는 결과였다. 집단에 따라 이용하는 의료이용 정보원에서 독특한 결과는 의료인을 통한 정보 획득이 중졸 이하인 집단과 소득수준이 가장 높은 집단에서 높다는 것이었다. 두 집단의 성격이 다른 데도 같은 종류의 정보원 이용경향을 보인 것은 정보를 이용하게 되는 경로가 다르기 때문일 것이다. 소득수준이 높은 집단은 고급 인적자원이 풍부하기 때문에 의료인의 의견을 더 잘 활용할 수 있을 것이다. 반면, 중학교 졸업 이하인 집단은 연령대가 높은 편으로 의료이용은 많이 하면서 인터넷 접근성이 떨어질 가능성이 높고 이미 만성질환 등으로 의료 이용하고 있을 가능성이 높아 상대적으로 의료인 의견을 주 정보원으로 하는 비중이 높을 수 있다. 고용 형태에서 정규직이 비정규직에 비해 시간 여유가 더 있는 경향이 있었는데 이는 시간으로 인한 미충족이 정규직에서 높다는 결과와 상반되어 추가 해석을 요한다. 문제제기 역량의 경우 어떤 특성에 따라 특별히 차이가 많이 나지 않았는데, 실제 경험한 것보다는 다소 규범적인 응답이었을 가능성이 있다. 역량이 있다고 생각했지만 권력차이를 크게 느낄수록 본인이 인지한 역량에 비해 실제 반응

할 수 있는 여지는 낮을 수 있을 것이다. 의사소통 역량은 소득수준이 낮을수록 의사의 말이나 의료이용 내용을 이해하는 것이 어렵다고 응답한 사람이 많았다. 사회경제적 수준(Socio-economic status)과 의사-환자 의사소통의 관계를 본 기존 연구에 의하면 낮은 사회계층의 환자는 그렇지 않은 환자에 비해 유의하게 치료결정에 덜 참여하고, 생의학적 설명이나 의사의 질문 비중이 높은, 의사소통에서 환자의 통제력이 낮고 진단이나 치료 정보에 대한 것보다는 신체 검진에 대한 내용이 많은 스타일의 상담을 받았다(Willems et al., 2005). 사회경제적 수준에 따라 의사소통 경험이 다른 이유로는 어느 한쪽만의 문제라기보다는 상호작용에 의한 악순환인데, Street(1987)는 이에 대해 낮은 사회적 계급에 속한 환자는 질문을 적게 하고 의견을 잘 내지 않으며 의사결정에 참여하는 것을 덜 선호함으로써 의사로부터 이에 관한 행동을 덜 이끌어내며, 의사는 그들이 건강에 대해 배우거나 정보를 이해할 수 없으리라고 잘못 가정하여 이들에게 정보를 덜 제공할 것이라고 설명했다.

대응자원의 보유 특성에 따라 미충족의료 단계별 경험률을 확인했다. 기존 미충족의료 측정문항은 인적 자원, 정보원, 시간 여유 특성에서 유의한 차이를 보였다. 다만, 인적 자원은 가깝지는 않지만 부탁해볼 수는 있는 의료인이 있는 집단에서 없거나 가까운 의료인이 있는 경우보다 미충족률이 적어서 이용 여부에는 의료인 인적 자원이 일관된 작용을 하는 것은 아닌 것으로 해석된다. 대중매체나 지인의견을 주요 정보원으로 하는 집단에서 가장 미충족률이 높았고 의료인 의견을 주요 정보원으로 하는 집단이 가장 낮았다. 시간 여유는 적을수록 미충족률이 높았다. 단, 대응자원은 사회경제적 특성과 밀접한 관련이 있어서 이러한 결과를 모두 대응자원의 단독 효과로 볼 수는 없다. 대응자원이 미충족의료에 미치는 영향을 설명하기 위해서는 개인의 사회경제적 특성과 더불어 상호작용하거나 매개하는 식의 기제를 가지는지에 대해 더 분석해보아야 한다.

의료이용 단계별 미충족의 여부에 인적 자원의 영향은 차이를 내지 않았다. 정보원의 종류에 따라서는 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족

경험률이 달랐는데, 여기서는 인터넷과 지인의견을 주 정보원으로 하는 경우가 가장 미충족 경험률이 높았고 의료인 의견을 주 정보원으로 하는 경우가 가장 낮았다. 다른 단계에서는 이와 같은 차이가 나타나지 않는다는 것은 의료인의 조언을 들을 수 있는 조건이 의료이용 전 의료기관을 찾고 선택하는 데에 큰 도움이 된다는 사실을 반영한다. 또는 이미 관계가 잘 형성된 의료인이 있는 경우 치료 자체에 대한 조언뿐 아니라 선택에도 도움을 받을 가능성이 있다. 시간여유는 모든 종류의 미충족 경험과 관련이 있었다. 이는 시간적 여유가 단순히 의료기관을 찾아가는 데에만 영향을 미치는 것이 아니라 의료를 이용하는 것과 그 결과까지도 영향을 미칠 수 있다는 것을 시사한다. 의료이용 중과 이용 결과 단계에서 여유가 적을수록 미충족률이 높았으나, 찾기/선택/도달 단계에서는 중간 정도의 여유를 가진 집단이 가장 미충족률이 높았다. 물론 시간적 여유와 관련된 소득과 같은 특성의 작용일 수 있으므로 이 부분은 다른 혼란변수의 보정을 한 후에 독립적인 영향력을 볼 수 있을 것이다. 가용한 의료기관의 정도는 개발문항의 모든 단계의 미충족 경험에 차이를 나타냈다. 선택 가능한 의료기관이 부족한 집단에서 모든 종류의 미충족률이 높았다. 여기에는 단지 양적인 선택의 문제가 아니라 질적 선택의 여지가 의료이용 과정과 결과의 미충족에 영향을 미친다고 볼 수 있다. 이용자 역량 중 문제제기에 대한 역량은 어느 단계의 미충족 경험에도 차이가 없었지만 의사소통 역량은 개발한 모든 단계의 미충족 경험 문항에서 차이를 보였다. 진료와 치료에 대한 의사의 설명을 이해하고 소통하는데 어려움이 있는 집단에서 찾기, 이용, 결과의 모든 단계에서 미충족 경험을 많이 하는 것으로 나타났는데 이 역시 독립적 영향력이라기보다는 소득수준이나 학력 등의 관련 요인의 영향이 포함된 결과로 이해할 수 있다.

미충족의료 경험과 당시와 현재 사이의 건강문제 변화 사이의 상관관계를 분석한 결과에서 나빠졌다고 응답한 사람이 7명에 불과하여 이를 따로 비교하기보다 좋아진 사람과 그대로이거나 나빠진 사람으로 집단을 나누었다. 따라서 이 결과를 해석할 때는 딱히 좋아지지 않는 사람에

비하여 좋아진 사람이라는 의미로 비교하여 보아야 한다. 보통 미충족의료 경험은 주관적 건강수준과 관련이 있으며, 시간에 따라서도 주관적 건강수준을 낮추고 사망률을 높이는 것으로 알려져 있다(Alonso et al., 1997; Ko, 2016). 이 결과에서는 나빠진 것은 보기 어려웠지만 대개는 상태가 좋아졌다고 응답한 사람에서 미충족 여부도 더 적었던 양상을 보였다. 특이하게 의료이용 결과의 미충족으로 인해 추가이용을 보통 이상했던 경우는 통계적으로 유의수준은 낮지만 상태가 좋아진 집단이 그대로 이하인 집단보다 더 높았다. 추가이용으로 문제를 해결하고자 하는 경향이 강했기 때문에 실질적으로 문제가 개선되었을 가능성을 생각할 수 있다. 미충족 단계 중 결과 단계의 미충족이 변화한 건강상태와 관련이 컸으며 미충족의 정도에서 과소이용이 이용 지연, 미이용, 이용 포기보다 관련이 있는 것으로 나타났는데 이러한 결과는 이용 지연, 미이용, 과소이용과 이용 포기가 반드시 점진적으로 심각한 단계를 의미하는 종류의 개념은 아니라는 것을 시사한다. 이 연구에서는 단면조사로서 이러한 변화를 보기 위해 후향적 질문을 추가하였는데 만일 패널조사와 같이 다년간의 자료가 쌓인다면 더 정확한 분석 결과를 볼 수 있을 것이다.

5) 미충족의료에 영향을 미치는 요인

미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과에서, 기존 미충족의료 문항에 대해서 영향력이 있는 변수로 나타난 것 중 기존 연구에서도 이미 알려진 요인들로는 성별, 학력, 민간의료보험 변수였다. 이미 영향이 있는 것으로 밝혀진 연령, 거주지, 소득, 주관적 건강수준 등에 대해서는 유의하지 않거나 유의수준이 낮은 것으로 나왔는데 이는 본 조사를 수행할 때 가벼운 증상을 배제한 상태에서 응답을 요구했던 것 때문에 기존 연구들과 다른 결과를 냈을 가능성과 대응자원과 같은 밀접하게 관련된 변수들과의 공선성 때문일 가능성이 있다. 그럼에도 지금까지의 많은 연구에서 중요한 요인으로 밝혀진 소득수준이 이 분석에서는 어

는 단계의 미충족에서도 유의하지 않게 나왔다는 점은 주목할 만하다. 기존의 문항에서 경제적, 시간적, 물리적 접근성으로 인한 미이용의 미충족을 측정하면서 소득 수준이 중요했다면, 본 연구에서는 그 외에도 의료이용에 대한 정신, 심리적 필요나 신뢰와 같이 사회적으로 구성된 필요를 포함하여 측정하기 때문에 소득 수준 자체가 직접적인 영향요인이 아니게 되었을 수 있다. 소득수준은 특히 모든 종류의 의료이용 대응자원과 연관이 있었다. 따라서 같은 선상에서 보정했을 때 소득의 단독 영향력이 줄어들었을 것이다. 경제적 문제로 인한 미충족은 기존 연구에서 언제나 주요 개입 대상이었다(신영전, 2009; 손정인, 신영전, 2009; 김수정, 허순임, 2011; 유인영, 2017). 정책적 대안으로 가깝게는 경제적 지원으로부터 근본적인 대안으로 소득수준에 대한 개입까지 언급되었고 이는 모두 필요한 방법이다. 그에 더하여 본 연구 결과는 소득수준과 연관되며 미충족의료에 관여하는 다른 중간 요인들에 대한 개입 가능성도 시사한다. 기존에 연구되지 않았던 대응자원 변수로는 의료이용의 정보원과 시간적 여유가 유의미한 변수로 드러났다. 의료이용의 정보원에서는 주 정보원이 의료인일 경우만 관련이 있었다. 앞선 교차분석에서 비의료인인 지인의 의견을 듣는 집단이나 인터넷을 보는 집단에서 미충족 경험률이 높았던 결과와 달리 다른 변수를 보정한 이후에는 나머지 종류의 정보원이 미충족의료의 경험 여부에 그리 큰 영향은 없다는 것이 비교된다. 시간적 여유는 노동시간이 미충족 경험률에 미치는 영향과 같이 간접적인 방식으로 연구된 바가 있지만 직접 주관적으로 느끼는 시간 운용의 자유도를 물어본 것은 아니었다(Seok et al., 2016). 시간적 여유는 직접적으로 연결된 근인에 해당해서 성별, 가족구성, 학력이나 직업과 같은 다른 변수들이 미충족 경험을 하게 하는 중간 과정에 매개변수로 작용하는 것일 수도 있다. 그러나 이러한 변수 간의 관계는 상호작용 효과나 매개효과 등의 추가적인 분석을 통해 밝혀질 수 있을 것이다.

개발한 문항에서 의료이용의 미충족의료 경험 관련 요인으로 모든 단계에 영향력을 보인 변수는 연령(특히 50대 이상)과 주관적 건강수준이었다. 연령에서는 50대를 기준으로 교차비로 비교할 때 의료이용 중 단

계에 가장 많은 영향을 미쳤다. 연령은 허순임과 김수정(2007)의 연구에서는 연령이 증가함에 따라 미충족률이 증가하고, Heo et al.,(2012) 등의 연구에서는 연령이 낮을수록 증가하는 등 연구에 따라 혼합적인 결과를 보여준다. 그러나 대체로 고령 집단에서는 경제적 이유로 인한 미충족이 높고 경제활동 연령대에서는 시간적 이유로 인한 미충족이 높은 것으로 나타난다(최선헌, 2014; 최재우 외, 2014). 이 연구에서 50대 이상은 경제활동 연령대 중 높은 편에 속하는 집단이며 60대부터는 경제활동을 하지 않는 구성이 늘어난다고 봤을 때, 기존의 연구들과는 또 다른 결과라고 볼 수 있다. 의료 찾기/선택/도달 단계에서는 50대가, 이용 중 이후의 단계에서는 50대와 60대 이상이 관련 요인으로 나타났는데 경제활동을 하지 않는 고령인구의 경우 상대적으로 의료기관을 찾는데 고려하는 조건이 덜 까다롭고 시간 여유가 많아 찾기 단계에서는 영향력이 적었을 수 있다. 그러나 의료인과 소통하고 병원을 이용하는 과정과 결과에서는 고령에서 더 어려움을 겪을 수 있다는 점은 정책적으로 시사하는 바가 있다. 주관적 건강수준은 단계 별 미충족 경험의 교차비를 비교하면 의료 찾기/선택/도달 단계에서 의료이용 결과에 이르는 순서에 따라 점점 더 커지는 양상을 보였다. 단면연구이기 때문에 선후를 가늠하기는 어렵지만 초기의 의료필요를 결국 충족하지 못한 경우와 주관적 건강수준이 가장 연관성이 강하게 나온 것은 이해할 만 하다. 미충족의료 경험률과 주관적 건강 수준의 변화를 교차분석했던 결과에서 과소이용과 이용 결과 단계의 미충족 경험이 건강상태가 좋아지지 않은 쪽에 많다는 결과와도 유사하다.

거주지와 의료이용의 정보원은 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 경험에서만 유의한 변수로 나타났다. 의료이용의 정보원은 대중매체를 이용하는 사람에 비해 지인으로부터 정보를 얻는 사람이 두 배 정도 미충족 경험 확률이 높았다. 교차분석에서 지인의 의견을 이용하는 사람은 소득수준이나 교육수준이 낮은 경향이 있었다. 정보는 대개 의료 찾기 단계에서 필요하며, 어떤 정보원을 사용하는지가 이 단계의 미충족 경험률과 관련된다는 사실은 신뢰할 만한 정보를 쉽게 이용할 수 있는 의료

이용 정보체계를 마련하는 것이 필요함을 시사한다. 거주지와 의료기관의 가용성은 비슷해 보이지만 약간 다른 성격을 가진다. 이 분석에서 거주지는 의료 찾기/선택/도달 단계에서만 유의했고 의료기관의 가용성은 의료 찾기/선택/도달 단계와 의료이용 중의 두 단계에서 유의했다. 거주지는 지역 전반의 의료기관 양과 질의 분포, 교통과 같은 인프라 등과 관련되므로 특히 의료 찾기/선택/도달 단계에서 유의했으리라 예상할 수 있다. 이 단계의 미충족 경험률이 군 지역 뿐만 아니라 광역시에서도 서울보다 높다는 것은 도시와 지방을 넘어 서울과 비서울로 나뉘어지는 의료 필요 충족의 지역적 역량 격차를 보여준다. 의료기관의 가용성은 이용하던 의료기관에 불만이 있을 때 대체하여 갈 수 있는 의료기관이 주변에 충분히 있는가에 해당하므로 지역 전반의 상황보다는 응답자의 생활권 주변의 상황에 가깝고 의료기관 자체보다도 해당 의료기관을 이용할 만 하다는 수용성의 의미도 포함한다. 이러한 의미는 질적 분석 결과에서 의료기관의 수가 충분한 서울에 거주하지만 주변에 갈 만한 곳이 없다는 언급에서도 나타난다. 의료이용 중 단계의 미충족은 의료기관과 공급자와의 상호작용에서 발생하므로 거주지보다 수용성의 의미가 포함된 의료기관의 가용성에서 유의한 차이가 있다고 설명할 수 있을 것이다. 의료이용의 정보원이 의료 찾기/선택/도달 단계에서만 유의하게 나온 것은 이해할 수 있는 결과이나 대중매체를 이용하는 사람에 비해 비의료인(지인)의 정보를 이용하는 경우 미충족 경험률이 두 배 정도 더 높게 나온 것은 추가 설명이 필요하다. 관련하여 이 분석에서는 인터넷을 이용하는 경우의 영향력이 낮은 유의수준에서 반대의 방향으로 나타났다. 이는 인터넷을 통한 질병 정보 이용 접근성이 올라가면 불안이 감소하고 자기 효능감이 높아지며 응급실 이용이 줄어든다고 알려진 바와 비교하면 반대의 결과이다(Ybarra & Suman, 2006). 이는 질병에 관한 정보와 의료기관을 이용하기 위한 정보의 질적, 양적 접근 가능성은 다소 다른 영역이며, 의료 정보체계와 관련한 국가 간 환경에 차이가 나기 때문일 수도 있다. 이와 같은 결과에 대해서는 여전히 의료이용에서 사람들이 어떻게 정보를 찾고 획득하며 이용에 활용하는지에 대해 잘 모르

고 있음을 시사한다.

학력과 시간적 여유는 의료 이용을 하기 시작한 이후인 의료이용 중 단계와 의료이용 결과 단계에 영향을 미쳤다. 의료이용 중 단계와 의료이용 결과 단계의 미충족은 의료인과의 상호작용, 의료서비스의 과정과 구조적 질에 관련된 경우가 많다. 학력은 의료 문해력과 직접 연결되므로 이 두 단계의 미충족과 연관되는 것은 납득할만한 결과이다 (Kickbush, 2001). 그러나 여기에는 모두 고졸인 집단에서만 중졸 이하인 집단과 유의한 차이가 났기 때문에 추가적인 해석이 필요하다. 질적 연구 부분에서 개인의 배경지식과 관련한 분석 결과와 같이 더 많은 배경지식이 더 많은 기대나 문제를 인식할 수 있는 능력이 되기도 하므로 꼭 미충족의료를 낮추는 쪽으로만 작동하지는 않는다는 설명이 일부 적용될 수 있을 것이다. 시간적 여유는 의료 찾기/선택/도달 단계에서는 영향을 미치지 않았고 그 이후의 단계에서 영향을 미쳤다. 시간적 여유가 오히려 의료 찾기/선택 도달 단계에서 영향을 미치지 않은 결과는 시간적 문제로 인한 미충족이 의료를 이용하지 못한 원인의 1/3을 차지하는 기존 지표와의 관계를 생각하면 잘 이해가 가지 않는 부분이다. 시간적 여유가 학력, 소득, 거주지 등이 복합된 요인이기 때문에 독립적 효과가 줄어들었을 수도 있으나, 이는 이용 중 단계 이후에 다시 유의하게 나타난 부분과 같이 설명이 되어야 한다. 시간적 여유가 의료이용을 시작한 이후의 단계에서 생기는 미충족과 관련되었다는 의미는 같은 조건이라도 시간적 여유가 더 적은 사람이 예를 들어 설명을 부족하게 들었거나 대기시간 대비 진료시간이 짧았거나 효과가 미흡했거나 불안을 해결하지 못했다는 것이다. 병원에 왔지만 시간에 쫓기거나 오기 위해 어렵게 시간을 낸 것이라면 같은 경험을 했더라도 더 충분하지 못한 것으로 인식했을 가능성도 있다. 이용 중 단계와 이용 결과의 미충족 이유가 완전히 구분되지 않기도 하기 때문에 이 두 단계의 경험은 연결될 수 있는데 본 분석 결과에서는 시간적 여유는 이용 결과 단계에 미친 영향이 이용 중 단계에서보다 조금 더 강하게 나타났고 학력은 이용 중 단계에서 조금 더 강하게 나타났다. 의료인맥은 질적 자료 분석에서 매우 중요

하게 언급된 변수이나 이 분석 결과에서는 의료 찾기/선택/도달 단계에서만 약한 유의수준으로 연관되었다.

종합하면, 의료를 찾고 선택하는 과정과 이용하는 과정 이후의 관련 요인 사이에 약간의 차이가 있고 이용하는 과정과 결과단계는 관련 요인에서 서로 비슷한 양상을 보이는 것으로 나타났다. 이는 실질적인 의료 접근성과 의료 과정과 결과의 질의 미충족을 완화하고자 할 때 각기 다른 영향요인에 개입해야 함을 보여준다. 다만 각 의료이용 단계에서 어떤 이유로 인한 미충족이냐가 개입 지점을 찾는 데 더욱 중요할 것이나 본 연구에서는 전체 조사대상자의 수가 충분하지 않아 미충족 경험의 여부로만 분석을 할 수 있었다는 한계가 있다. 학력이나 시간적 여유와 같은 요인의 해석에서 모호한 부분들은 이유를 함께 분석할 때 더 다양한 설명을 할 수 있을 것이다. 그럼에도 이번 결과는 기존의 미충족 연구가 소득에 따른 경제적 미충족에 과도하게 집중되었을 수 있음을 보였고, 그 이전, 또는 이후에 작용하는 다른 종류의 실질적 미충족을 드러내고 요인을 분석했다는 의의가 있다.

제6장 결론

제1절 새로운 미충족의료 정의에 따른 측정과 결과

이 연구는 미충족의료에 대한 기존의 개념과 측정도구가 전문가의 관점에서 좁은 범위만을 측정하고 있다는 문제의식으로 시작하여 현실의 미충족医료를 더 잘 설명해보고자 하였다. 이를 위해서 이용자의 관점에서 의료필요와 미충족医료를 다시 정의하고 새로운 측정도구를 개발하였다. 미충족의료의 개념을 재정의 하는 데에는 이론적 고찰도 수행했지만 초점집단 논의와 일대일 면담을 통해 일반인의 경험에 더 무게를 두었다. 초점집단과 개인에게 기존의 미충족의료 측정 문항을 직접 물었을 때 미충족이 있었다고 응답한 경우는 드물었다. 필요할 때 병원에 다녀오면서 모든 필요를 다 충족했다고 생각하는지를 다시 물었을 때 그렇다고 한 경우 또한 드물었다. 기존의 도구가 측정하는 바와 현실 경험의 차이는 명확했으며 지속적인 연구의 동력이 되었다. 이번 장에서는 재정의한 미충족의료와 측정한 결과가 어떻게 연결되는지 질적 분석 결과와 양적 분석 결과를 종합하여 설명하였다.

1. 미충족의료의 개념

미충족医료를 재정의하는 데에는 의료필요를 무엇으로 볼 것인가(그림 10)와 그것의 미충족을 무엇으로 볼 것인가(그림 11)의 두 가지 축을 두었다. 먼저, 의료필요에는 전문가가 평가한 필요뿐 아니라 전문가가 평가하지 않았음에도 객관적으로 존재하는 필요도 포함된다. 여기에는 생의학적 관점의 의료필요로부터 의료를 통해 안심하고자 하는 것과 같은 정신, 심리적인 차원의 의료필요와 신뢰할 수 있는 의료기관을 찾아가고 싶은 것과 같이 사회적으로 구성된 의료필요도 있다. <그림 10>은 기존

의 의료필요 정의와 이 연구에서 정의하는 의료필요의 차이를 나타낸 것이다. 기존의 정의에서 의료필요는 전문가의 판단에 의한 것만을 의미했고 나머지 환자가 인지한 필요 부분은 과잉 욕구로 해석해왔다. 이 연구에서 다시 정의한 의료필요(우측)는 전문가가 판단한 것과 이용자가 인식한 것 중에서도 사회적으로 형성된 ‘객관적’인 필요까지를 의료필요로 보는 것이다. 실제로는 이용자가 인식한 필요 중 분명 어느 기준으로도 불필요한 부분이 있을 것이며, 마찬가지로 전문가가 판단한 필요 중에서도 의학적 기준에 맞지 않으나 수익을 위해 제안하는 부분이 있을 것이다. 그러나 특히 이용자의 인식 중에서 과잉 필요와 이용을 구분하는 것은 본 연구의 범위에 해당하지 않는다. 이 연구에서 개발한 측정도구를 이용한다면 실선에 해당하는 이용자 측면의 필요가 측정될 것이기에 ‘완전한 필요’를 측정하는 것은 불가하다. 그럼에도 이용자 관점에서 의료필요와 미충족을 재정의함으로써 실재하는 필요를 재조명했다는 의의가 있다. 질적 분석 결과는 여기에 상태로서의 미충족이 있다는 것과 사람들이 여러 자원을 동원해 미충족을 예방하거나 대응한다는 것을 추가로 밝혀주었다. 개발한 설문지에서 의료필요 상황은 외래나 입원과 같은 구분이 아니라 증상이 악화되어 더 이상 참지 못하거나 상태가 불안하여 확인하고자 하는 것과 같은 이용자 관점에서 인식하는 의료필요 상황을 중심으로 구성하였다.

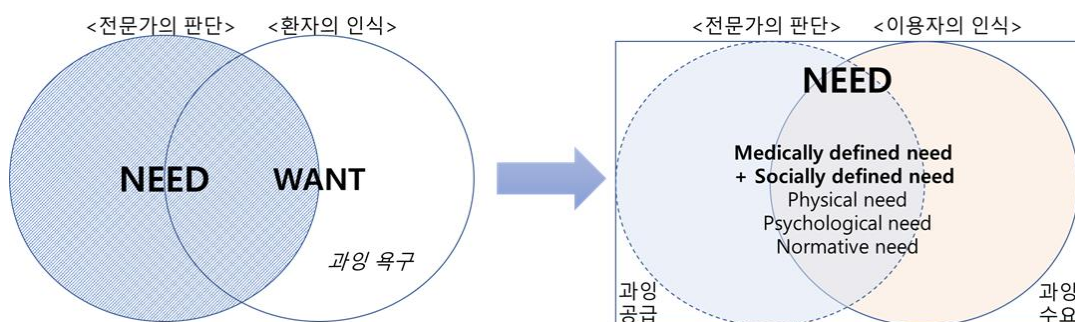


그림 10 이용자 관점에서 의료필요의 재정의

질적 분석을 통해 의료필요의 미충족은 여러 영역에서 발생하는 것을 볼 수 있었다. 신체적이고 기본적인 필요, 정신/심리적인 필요, 규범적인

필요 영역이 있고 같은 경험에서 어느 한 쪽이 충족되더라도 다른 한 쪽이 충족되지 못할 수 있는 현상을 설명해준다. 예를 들어 알 수 없이 갑자기 발생한 통증을 치료해서 증상은 사라졌지만 내가 어떤 치료를 받았고 통증은 왜 생겼으며 앞으로 어떻게 될 것인지에 대한 충분한 설명을 듣지 못하고 진료실 밖을 나오게 된 환자는 여전히 같은 증상에 대해 불안함을 가지게 될 것이다. 이 경우 이 사람은 정신/심리적인 필요 영역에서 의료필요를 다 충족하지 못했다고 할 수 있다. 또는 의료필요를 인지한 후 이를 해결하기 위해 의료를 찾는 과정에서 지역 내에 몇 개 없는 의료기관이 분명 실력으로나 정직함에서 믿을만하지 않다는 것을 알고 있고 더 좋은 곳을 가고 싶지만 여건 때문에 어쩔 수 없이 선택하게 되는 경우는 좋은 의료에 대한 규범적 영역에서나 좋은 질의 의료를 통해 안심하고자 하는 심리적 차원에서 의료필요를 다 충족하지 못한 것이라고 할 수 있다. 양적 측정도구에서 이 부분은 의료필요 상황과 미충족의 이유 선택지에 반영되었다. 의료필요 상황에서 신체적이고 기본적인 필요는 증상이나 수술, 입원, 응급실 방문과 같은 의료필요에서 강조된다. 상태가 궁급하거나 불안하여 상담이나 검사를 받는 경우는 정신/심리적 필요에서 강조되며, 일상적인 건강검진, 예방적 의료, 만성질환 관리 등은 규범적 필요에서 강조된다. 물론 후자의 의료필요 상황에서도 정신/심리적 필요가 포함될 수 있다. 또한 좋은 의료기관에서 치료를 받고 싶은 기대는 어떠한 의료필요상황에서도 작동할 수 있다.

1차 표본 조사인 600명 중에서는 36.2%가 의료필요가 있는 것으로 나타났다. 의료필요 상황은 질적 자료에서 언급된 내용들을 바탕으로 선택지를 구성했다. 표본분석에서 그 비중은 일상적 건강검진이 가장 많았고, 증상이 불안해서 확인하고 싶다는 상황이 그 다음으로 많았다. 일반적으로 급성증상으로 병의원을 방문한다고 생각하지만, 사실 이 표본에서는 다른 의료필요 상황보다 확인과 검진을 위한 의료필요를 더 많이 느끼고 이용하고 있었다. 의료필요의 상황에 따른 미충족 경험은 가장 많았던 ‘일상적 건강검진’에서 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족이 58.9%, 의료이용 중 단계의 미충족이 25%, 결과 단계의 미충족이 16.1%로, 찾기

단계에서 가장 어려움을 겪는 반면 결과는 문제 되는 경우가 적었다. ‘증상이 불안하여 확인하고 싶다’는 상황에서는 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 경험이 42.1%, 이용 중 단계가 31.4%, 이용 결과 단계가 26.4%로 이용 중 단계에서의 미충족이 상대적으로 높다는 분포의 차이가 있었다. 반면, 일반적으로 병원을 이용하는 이유라고 할 수 있는 ‘증상이 악화되어서’의 상황에서는 의료 찾기/선택/도달 단계가 32.1%, 이용 중 단계가 31.4%, 결과 단계가 36.4%로 모든 단계에서 고루 분포했다. 이와 같이 어떤 의료필요 상황이나에 따라 각기 다른 차원에서의 의료필요가 구성되고 그에 따라 발생하는 미충족의 차원도 다른 특성을 갖는다. 한국과 같이 건강검진이 체계적으로 제도화 되어 있고 검진장비가 많은 나라에서 의료필요 비중이 이렇게 나타나는 것은 그리 이상하지 않은 현상일 수도 있다. 사람들은 이미 이러한 상황을 의료필요로 인식하고 있고 마땅히 해야 하는 규범이 되었을 것이다. 이 필요가 과잉으로 발생한 필요인지 아닌지에 대해서는 기준을 대지 않는 한 평가하기 어렵다. 이 정도로 높은 비중을 가진 의료필요 유형에서도 많은 미충족이 있으며, 이를 완전히 무시하는 것도 가능하지 않다. 만일 명백히 과잉된 의료필요에서 생긴 미충족이라면 정책적으로는 해결의 대상이 되지 않을 수 있으나 실재하는 현상이기 때문에 사회적으로는 미충족을 줄이는 것이 아니라 미충족이 발생하게 된 구조에 개입해야 할 문제가 될 수 있다. 그 개입에 보건의료 정책이 무관하다고 할 수 없기 때문에 미충족의료가 어떤 필요에서 어떤 차원에 대해 왜 발생하는지를 구분하여 측정하고 평가해야 할 것이다.

한편, 의료필요의 미충족이란 단지 이용하지 못함이 아니라 의료필요를 인식하고부터 해결하기까지에 이르는 일련의 과정에서 의료필요가 충족되지 못한 경험과 상태로 정의하였다. <그림 11>은 이와 같은 재정의에 따라 기존의 미충족의료 측정도구와 새로운 측정도구를 비교한 것이다. 새로운 설문 문항은 이용 여부가 아니라 해당 이용 단계에서 모두 충족되었는지(또는 불만족스러웠는지)를 크게 질문하고 그 다음으로 그 중에 지연되거나 필요하다고 생각한 것보다 적게 받거나 중간에 포기하

거나 다시 이용해야 했던 경험의 정도를 물어 단지 이용하지 못했다는 것보다 더 연속선상에서 나타나는 여러 유형의 미충족 경험을 측정할 수 있게 하였다.

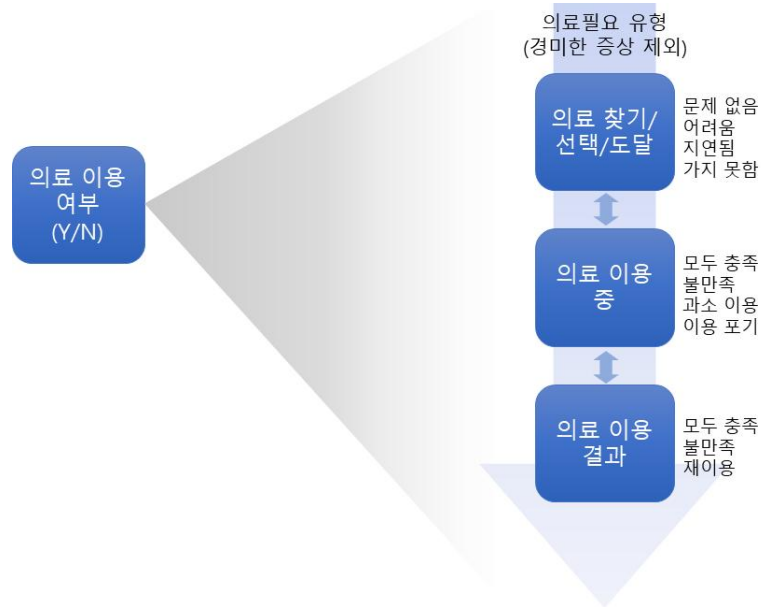


그림 11 이용자 관점에서 의료필요 미충족의 재정의(측정도구)

미충족의료의 개념은 질적 연구 결과 이용 지연, 미이용, 이용했으나 미충족된 경험, 과거의 미충족 인지, 상태로서의 미충족이라는 단순히 여부로 이분되지 않는 여러 유형을 가진 연속적인 과정이자 상태임을 설명하였다. 또한 미충족의료 경험의 스펙트럼이 의료이용의 단계와 연계하여 일어날 수 있음을 보았다. 예컨대 의료 찾기/선택/도달 단계에서는 이용 지연과 미이용이 주로 발생하게 되고, 의료이용 중 단계에서는 처음에 기대했던 것과 다르거나 덜 이용하게 된 경험이나 도중에 포기한 경험 등이 발생하는 식이다. 이에 측정도구인 설문지에서 의료필요의 미충족 경험을 측정할 때 우선 의료이용을 의료 찾기/선택/도달 단계, 의료이용 중 단계, 의료이용 결과 단계의 세 단계로 나누고 각 단계에서 미충족(어려움, 불만족한 경험 포함)의 여부를 측정하였다. 그 후, 의료 찾기/선택/도달 단계에서는 이용지연과 미이용을, 의료이용 중 단계에서는

과소이용과 이용 도중 포기를, 의료이용 결과 단계에서는 추가의료이용의 빈도를 측정하였다. 설문을 구성하는 과정에서 의료이용 단계와 연속적 유형이 매치된 것처럼 되었으나 실제로는 그렇게 딱 떨어지게 구분되지는 않는다. 예를 들어 추가이용은 어떤 단계에서 발생한 미충족에 대해서든 그에 뒤이어 이루어질 수 있는 대응의 한 방법이다. 그렇지만 문항의 반복과 복잡성을 피하기 위해 의료이용의 결과 단계에서만 추가이용 빈도를 측정하였다. 측정 결과 기존 문항으로 측정된 미이용은 전체의 18%였고 세 단계로 나누어 보다 넓은 개념으로 측정한 미충족의료 경험률은 모두 그보다 높은 30.8%, 22%, 20.3%였다. 각 단계에서 미충족을 경험한 사람 중 50% 정도가 이용지연, 과소이용, 추가이용을 하는 편이라 응답했고 20-30% 정도가 미이용, 이용 포기를 하는 편이라 응답했다. 질적 분석에서는 미충족에 대한 대응으로 양적으로 측정한 추가이용 외에도 간접적으로 대응하거나 직접적으로 문제를 제기하는 식의 반응이 있음을 보였다. 이 중에서 직접적 문제 제기의 경우 양적 분석 결과에서 문제제기 역량이라는 개념으로 측정을 하였는데, 소득, 학력, 성별은 이 값에 유의한 차이를 보이지 않았다. 거주 지역에 따라서만 오히려 서울지역이 광역시나 일반 시/군 지역에 비해 문제제기 역량이 낮은 것으로 나타났다. 문제제기 역량과는 결이 조금 다르지만 공유된 의사결정을 할 수 있기 위해서는 지식만으로는 충분하지 않고 전문가와 동등하게 협력할 수 있을 만큼의 권력이 필요하다(Joseph-Williams et al., 2014). 질적 자료에서 사람들은 개인의원에 비해 대학병원에서 의사와의 권력 차이를 더 크게 느끼는 것을 보아 서울과 지역의 이런 차이는 서울에서 상급 의료기관을 방문한 비율이 높아서일 수도 있고 의원급의 경우 서울에 비해 지방에서 의료인과의 관계를 더 친밀하게 여기는 경향이 있다는 것 때문일 수도 있다.

질적 연구에서는 특히 경제적 수준이 낮거나 지방에 거주하는 초점집단에서 다른 집단에 비해 경제적 문제나 물리적 접근성으로 인한 미이용을 언급하는 경향이 있었다. 양적 분석에서는 광역시에서 미이용률이 19.4%, 일반 시/군지역이 25%로 후자가 더 높기는 하지만 통계적으로

유의한 차이는 아니었다. 소득수준의 경우도 가장 낮은 집단보다는 높은 집단에서 미이용률이 낮았지만 명확한 기울기가 있는 것은 아니었다. 어떤 이유로 미이용 하였는지에 따라 분석해야 하겠지만 본 연구에서 수집한 자료로는 그렇게 세분할 경우 분석대상이 적어져 큰 의미를 두기 어렵다. 질적 분석에 의하면 의료필요가 무엇이었는지에 따라서도 미이용 응답의 의미가 달라질 수 있는데, 수술과 같은 위중한 의료필요에서와 만성질환의 관리 양 측에서 발생하는 미이용에 대한 분석은 각기 정책적 중요도와 함의가 다를 것이다. 추후 더 많은 수의 표본을 조사할 수 있다면 의료필요를 고정한 상태에서 특정 이유로 인한 경험률에 대해 분석할 수 있을 것이다. 이 때 같은 의료필요 상황이라고 하더라도 개인이 그에 대해 어떠한 가치를 부여하고 중요하게 여기는지가 다를 수 있기 때문에 의료필요 상황을 구분할 때 어떤 기준으로 구분하는지가 중요하게 될 것이다. 자칫하면 다시 전문가적 관점에서 중요하게 여기는 의료필요 상황에 대해서만 가치를 부여하게 될 수 있기 때문에 그 사이에서 적절한 지점을 찾기 위한 고민이 필요하다.

의료이용 중과 결과 단계에서 생기는 미충족은 특히 기존 문항에서는 포함하지 않던 단계이므로 의미가 있다. 예를 들어 고혈압 약을 처방받아오기는 했지만 진료 과정에서 충분히 설명을 듣거나 의문을 해결하지 못해 결과적으로는 복약을 망설이는 동시에 불안하고 찝찝한 마음을 가진 상태의 경우 분명히 의료필요가 미충족 되었음에도 불구하고 기존의 방식으로 포착되지 않던 현상이다. 양적 분석에 의하면 예를 들어 이용 중 단계에서 설명이 충분하지 않았던 사람은 이용 결과에서 궁금증이나 불안이 해결되지 않아 결과로서도 미충족한 것과 연관될 것이다. 이와 같이 이 두 단계는 특성상 미충족의 이유나 단계가 완전히 구분되지 않고 연결되기도 하며, 양적 분석으로도 관련된 요인이 비슷하게 분석되었다. 그렇지만 발생 기제를 공유한다고 하더라도 과정과 결과로서의 질적 문제를 구분하여 설명할 수 있게 해준다는 점에서도 이용 중과 이용 결과의 두 단계를 분리하는 것은 충분한 의미가 있다.

의료필요의 미인지로 인한 미충족 부분은 질적 분석에서도 개인의

과거 경험에 비추어 현재 알게 된 부분을 제외하고는 포착하지 못했으며, 양적 분석 문항으로는 전환할 수 없었다. 아무리 질적 방법을 사용하더라도 현재 인지하지 못하거나 무의식적으로 하지 않는 것을 주관적으로 측정하는 일은 불가능하다. 다만, 어떤 기준에 비추어 현재 상태의 미인지 정도를 파악하기 위해서는 가정이나 삽화를 이용한 설문도구를 만들 수도 있다. 다만, 기준을 정한다는 점에서 이용자 중심의 관점을 벗어나지 않도록 질문 방식 설정에 주의가 필요할 것이다. 한편, 질적 분석에서 의료필요의 인지는 경험에 따라 변화하는 것을 확인할 수 있었다. 그 방향은 단지 늘어나고 줄어드는 한 축으로만 설명할 수 없고 어떠한 속성의 필요를 더 느끼거나 다른 종류의 필요로 전환되는 등 그 양상이 복잡했다.

미충족의료를 일회성 경험으로 측정하는 것과 어떤 필요가 생겨서 해결할 때까지 일련의 경험인 에피소드로 측정하는 것은 다른 일이다. 의료필요의 미충족을 경험한 것과 미충족 상태인 것을 측정하는 것은 또 다른 것이다. 사실 미충족의료가 정책적으로 의미가 있으려면 어쩌다가 특수하게 생긴 경험보다는 어떤 상태에 놓여있는지가 중요하다. 게다가 미충족의료 경험에 응답할 때 1년의 기간을 회상하게 되는데 정확하게 어떤 경험을 모두 구체적으로 떠올릴 수 있는 것이 아니라 그 간의 어떤 상태에 가깝게 응답하게 될 가능성이 높다. 이를 특정 경험으로 치환하는 것은 그리 적절하지 않고 차라리 상태로서 조금 더 장기적인 상황을 파악하는 것이 개입과 개선을 위해 더 나은 방법이다. 질적 연구에서는 주로 지역을 중심으로 장기적 상태로서의 미충족의료가 두드러졌는데, 군 지역에서는 충분히 신뢰할 만한 의료기관 자체가 지역에 있지 않아서 어쩔 수 없이 이용하면서 불안함을 가지고 있거나, 응급한 상황이 생겼을 때 충분히 빠른 대처를 받지 못할 것이라는 불안함을 볼 수 있었다. 양적 분석에서 근처에 갈 만한 병원이 없다는 응답이 일반 시와 군지역에서 광역시에 비해 확연히 높은 상황은 이러한 상태를 뒷받침해준다. 반대로, 의료기관이 과잉 공급되었다고 할 수 있는 서울 강남 지역의 경우는 오히려 어느 병원이 사기를 치지 않을 곳인지를 알 수 없어서 불안

하고 선택하기 어려워하는 상황, 또는 별로 수익이 되지 않는 보험진료를 잘 보려고 하지 않아서 해당 진료를 받지 못하는 경험이 언급되었다. 이는 의료이용 결과 단계에서 상업적 의료경험으로 인한 미충족이 광역시에서 훨씬 높았던 결과와 관련된다. 결국 지역의 특성이 바뀌지 않고 거기에 살고 있는 한 장기적 미충족의료 상태에 놓이게 됨을 알 수 있다. 이들 사례는 모두 기존의 미충족의료 개념과 측정방식으로는 파악하기 어려운 부분이다. 이번에 개발한 양적 측정도구로는 상태로서의 미충족의료를 반영해줄 수는 있지만 직접 측정하도록 구성하지는 못했고 여전히 경험으로서의 미충족에 머물렀다. 만일 상태로서의 미충족의료를 측정하고 싶다면 정성적 측정방식을 사용하거나 양적 설문지 틀 자체를 바꾸어 1년의 기간이 아니라 더 장기적인 기간을 두고 그 중 한 번의 경험이 아니라 얼마나 잦은 경험이 있었는지, 그 중에서 여러 이유들이 각기 어떤 비중으로 미충족 경험을 하게 했는지 등에 대해 묻는 방식도 시도해볼 수 있을 것이다.

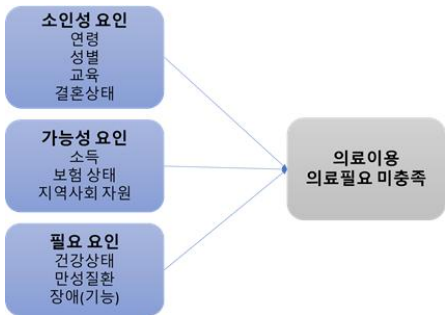
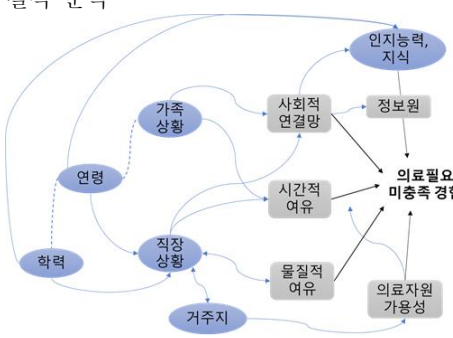
2. 미충족의료의 요인과 기제

의료필요가 미충족 되는 이유는 사람들이 의료이용 과정에 어떤 필요를 가지고 있었는지를 반영했다. 문제가 있을 때 신뢰하고 찾아갈 만한 의료기관을 선택할 수 있고 또 어렵지 않게 찾아갈 수 있는 것, 공급자와의 충분한 의사소통, 수월한 이용 과정, 수익성 목적이 아니라 진정성 있는 진료, 치료와 검사의 효과, 불안의 해소, 경제적으로 부담스럽지 않은 의료 등이 이에 해당했다. 이러한 이유는 결국 미충족이 개인의 자원 문제인지, 공급자와의 상호작용에서 온 것인지, 주로 제도의 미흡으로 인한 것인지를 기제 또한 반영했다.

새로운 측정도구는 의료 이용의 각 단계별로 어떤 의료필요가 어떤 이유로 더 많이 미충족 되고 있는지를 정량적으로 보여줌으로써 무엇이 더 크고 시급한 문제이며 어느 부분에서 문제가 되고 있는지를 알 수 있

게 해주었다. 기존의 연구 결과가 경제적 문제와 시간적 문제를 주요 이유로 설명하였다면, 새로운 도구로 측정된 미충족의료의 이유는 경제적 이유가 과대평가되었을 가능성을 시사해주었다. 심층적 분석을 통해서 어떤 요인이 미충족医료를 경험하는 데 더 큰 영향을 미치는지를 밝힐 수 있었다.

표 51 기존 분석과 새로운 분석 결과의 비교

	기존 분석과 결과	새로운 분석과 결과
요인/ 분석 방법	<p>앤더슨 모형- 개인 특성 중심 / 회귀분석</p> 	<p>개인 요인, 대응 자원(중간 단계 요인) / 요인 간 구조와 관계 파악을 위한 양적, 질적 분석</p> 
주요 이유 / 정책적 시사점	<ul style="list-style-type: none"> 경제적 이유 <ul style="list-style-type: none"> - 저소득층 보조, 보장성 강화 시간적 이유 <ul style="list-style-type: none"> - 근로자 의료이용 정책, 노동시간 감축 물리적 이유 <ul style="list-style-type: none"> - 교통 지원 수용성/편의성 <ul style="list-style-type: none"> - 해석, 정책적 적용 찾기 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> 의료기관 선택과 정보원 문제 <ul style="list-style-type: none"> - 의료의 질적 신뢰도 구축, 인증된 정보의 생산/제공 의료기관의 가용성 <ul style="list-style-type: none"> - 지역 간 양적/질적 분포의 형평성 추구, 교통 지원 사전/사후 커뮤니케이션 부족 <ul style="list-style-type: none"> - 연령, 젠더 등 집단에 따른 커뮤니케이션 훈련 강화, 진료시간 확보를 위한 제도적 보완 상업적 의료 행태 <ul style="list-style-type: none"> - 실손 민간의료보험 규제, 비급여, 진단검사의 과잉 현황 파악과 관리

질적 연구에서 미충족의료 경험과 관련된 요인으로서는 미충족의료의 경험과 판단을 좌우하는 개인적 요인과 사회적 요인(제도, 규범)이 있음을 도출했다. 개인 요인 중에서도 미충족 경험의 양상을 좌우하는 개인의 자원과, 경험을 미충족으로 판단하는 데에 영향을 미치는 기존의 인식과 태도로 구분할 수 있었다. 기존 연구에서 흔히 알려진 개인적 요인으로는 성별, 연령, 소득수준, 학력, 직업 등이 있다. 그러나 이러한 요인 외에도 배경지식과 인지능력, 사회적 연결망, 사회적지지, 시간 조정 여

력과 같은 요인이 추가로 파악되었다. 이들은 개인의 특성이라기보다는 개인이 지닌 자원의 형태에 가까우며, 설문을 설계할 때 의료이용과 미충족 대응 자원이라는 파트를 두어 따로 측정하였다. 특히 사회적 연결망에 의료인 인맥이 매우 중요하게 등장했고 이에 대한 상대적 박탈감도 심했다. 사회적 지지는 따로 측정도구에 넣지 못했으나 여러 조사도구에서 잘 개발된 내용이 있으므로 기존의 문항들을 활용해볼 수 있을 것이다. 기존 인식은 의료인과 제도에 대한 신뢰를 일부 설문 문항에 배치했으나 2차 조사에서만 포함되었기 때문에 최종 요인 분석에는 활용하지 못했다. 배경지식은 따로 측정하기 어려워 주로 이용하는 정보원과 의사소통 역량을 측정하였다. 질적 분석에서는 사회적 연결망에서 의료인 인맥이 매우 중요한 것으로 언급되었고 성별, 교육수준, 소득수준, 직업유형, 고용형태로 교차분석 했을 때에는 소득수준에서 차이를 보여 상대적 박탈감에 대한 근거를 제공했다. 다만, 이를 미충족 경험과 교차분석 했을 때에는 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 인맥은 어떤 종류의 미충족 경험을 처음부터 예방하는 요인이기 보다는 일단 미충족을 경험한 후에 보완하는 요인으로 해석할 수도 있다. 질적 분석에서 그렇게 중요하게 언급된 이유는 인맥의 역할이 대기시간, 입원실 마련과 같이 모두가 경험하는 유형의 미충족을 극복할 수 있는 거의 유일한 방법으로 언급되었고 이는 직간접적으로 상대적 격차를 체감하기 쉽기 때문일 것이다. 집단 8에서 집에 의료인이 있어 꼭 필요한 때에만 병원에 가며, 그 외에는 알아서 해주기 때문에 신경 쓰지 않아도 된다는 사례가 있었는데, 이와 같이 인맥의 효과는 직접 미충족 경험에 관여하는 것 외에도 의료이용 중 궁금한 것을 물어볼 수 있는 곳으로써의 역할을 하기 때문에 간접적으로 드러나기도 한다. 의료이용에 대한 주 정보원도 사회경제적 특성과 연관성이 컸으며, 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 경험에 유의한 차이를 보였다. 특히 의료인의 의견을 주 정보원으로 하는 경우 이 단계의 미충족 경험률이 다른 것을 정보원으로 하는 경우보다 훨씬 낮게 측정되었다. 시간적 여유는 분석한 모든 사회경제적 특성에서 연관성이 강하게 나타났고 모든 단계의 미충족 경험과도 관련되는 것으로 나타났다.

이는 시간적 여유가 성별, 직업, 소득수준과 같은 다양한 특성이 복합적으로 작용하여 만들어지는 자원임을 의미한다. 다른 변수를 보정한 상태에서 독립적인 효과를 본 다변수 로지스틱 회귀분석에서 시간적 여유는 의료이용 중과 결과 단계에서 매우 유의한 변수로 나타났다. 즉, 시간적 여유라는 자원이 그 자체로도 의료를 이용하기 시작한 이후의 단계에서 미충족을 줄일 수 있는 효과가 있다는 것을 의미한다. 일반적으로 진료시간이 긴 경우 환자 만족도가 높다는 연구결과는 있으나 환자의 시간적 여유가 만족도에 미치는 영향을 본 연구는 찾아볼 수 없다(Gross et al., 1998; Lin et al., 2001). 질적 분석에서는 의료 찾기/선택/도달 과정에서만 시간적 여유가 중요한 것처럼 언급된 반면 양적 분석에서는 다른 결과가 나타난 것은 이 자원이 대기시간 대비 짧은 진료시간을 미충족 이유로 선택하는 경우나, 궁금함과 불안함을 해결하지 못한 것과 같이 같은 상황에서 시간여유의 영향을 받아 미충족을 인식하고 판단하는 것이 달라지기 때문일 수 있다.

질적 분석으로는 개인적 요인 외에도 젠더나 노동에 대한 사회적 규범 요인이 미충족의료 경험과 인식에 영향을 미치는 것을 볼 수 있었다. 예컨대 똑같이 어깨의 통증이 심해져 병원에 가려고 생각했지만 제사를 앞두고 며느리의 역할을 다하기 위해 참을 수밖에 없었던 경우는 젠더 규범이 작동한 것이며, 당장 주어진 업무가 밀렸고 다른 사람에게 눈치가 보여서 참는 경우는 노동자 규범에 의한 것이 될 것이다. 전자의 규범은 남성에게서는 작동하지 않을 것이며, 후자의 규범은 지위가 높거나 건강 문제에 관대한 분위기의 회사에 다니는 사람에게는 작동하지 않을 것이므로 의료 이용에서 사회적 불평등의 한 기제로 작동함을 보여준다. 국외 연구 중에는 이용한 설문지에 따라 여성이 남성보다 ‘다른 사람을 돌봐야 할 책임이 있어서’ 미이용 했다는 미충족률이 더 많다는 결과를 내기도 했지만 이번 연구에서 양적 측정도구로는 이 영역을 측정하지 못했다(Diamant et al., 2004; Bryant et al., 2009). 질문 문항에 경험이 아닌 규범을 묻는 방식의 질문항목을 포함하는 것도 가능했을 것이나 이를 확인하기 위해서는 문항이 너무 많이 추가 되어 이번 조사에서는 제외되

었다. 규범적 질문을 양적으로 측정하고자 할 때는 실제와는 다르게 사회적으로 바람직한 것으로 여겨지는 쪽으로 응답하는 경향이 생기는 현상을 주의하여 문항을 설계해야 한다. 가능하다면 질적으로 측정하는 것이 오히려 규범에 대한 준거와 개인의 감정적 반응과 태도 등을 더 명확히 파악할 수 있는 방법일 것이다.

기존의 분석은 앤더슨 모형을 이용해 소인성, 가능성, 필요 요인에 해당하는 개인적 특성을 중심으로 각 요인의 독립적 효과를 분석하여 어떤 개인의 특성이 미충족의료와 유의하게 관련되는지를 보고자 하였다. 그러나 개인이 지닌 자원과 특성은 독립적인 요인이라기보다는 서로 관련되어 있으며 한 요인이 다른 요인에 선행하거나 상호작용 하는 등 복잡한 관계로 얽혀있어 어느 한 요인을 미충족의료의 이유로 꼽기란 거의 불가능한 일이다(표 50). 새로운 측정도구에서도 응답의 신뢰도와 분석방법의 제한으로 기존 문항에서도 ‘가장 중요한 이유’를 한 가지만 물었으며, 개발한 문항에서도 동일한 방식을 사용했다. 다만 개발한 문항에서 달라진 점이 있다면 미충족의료 발생의 이유를 개인적 요인으로부터 사회적 요인으로 확장했다는 데에 있다. 예를 들어 ‘방문시간이 없어서’라는 이유에는 사실은 단지 본인에게 시간적 여력이 나지 않는 것이라고만 볼 것이 아니라 근처에 갈 만한 병원이 가까이 있지 않거나 직장이나 가정에서 개인에게 부여된 책임을 잠시 내려놓을 수 있는 조건이 형성되지 않았거나 이를 도와줄 수 있는 사회적 지지체계가 부족하거나 규범적으로 이를 쉽게 벗어나지 못하기 때문일 수 있다. 의료기관이 멀다는 것은 내가 의료기관으로부터 멀리 사는 것이 문제가 아니라 지역에 따라 의료기관이 충분히 분포하지 못하거나 교통체계가 잘 갖추어지지 않았거나 또 다른 개인적 문제로 자차 운전과 같은 이동수단을 갖지 못해서일 수 있는 것이다. 양적 측정도구를 설계하면서 의료이용의 단계에 따라 가급적 개인만의 요인이 아니라 사회, 제도와 상호작용하는 이유도 설명할 수 있도록 선택지를 구성하였다. 그 결과 의료이용의 흐름에서 생기는 미충족을 단계와 여러 이유로 분리했을 때 기존 문항으로 측정된 이유와 개발한 문항으로 측정한 이유의 분포에 많은 차이가 났다. 기존 문항은

크게 ‘증상이 가벼워서’, ‘시간이 없어서’, ‘경제적 이유’가 비슷한 비중을 차지하는 3대 이유였다. 그러나 선택지를 분화했을 때 기존 문항과 비슷한 상황을 상정한 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족경험 이유로 ‘적절한 의료기관을 선택하는 것’의 어려움이 가장 컸고 ‘근처에 잘 만한 병원이 없기 때문’이라는 응답이 많았다. ‘개인의 시간과 의료기관의 운영시간’이 맞지 않거나 ‘예약이 어려워’ 가지 못하는 비중은 기존 문항에 비해 조금 줄어들었고 ‘의료비 걱정’으로 인한 미충족은 절반 이하로 감소했다. 이 결과는 질적 분석에서 많은 사람들이 이용의 세 단계 중 특히 의료를 찾고 선택하는 단계에서 어려움을 느낀 것과 잘 맞아떨어진다. 사람들은 전공과목을 찾는 데서 시행착오를 겪는 일, 특히 지방에서는 선택할 수 있는 의료기관이 부족하다는 점, 의료기관이 충분하더라도 신뢰할 수 있는 의료기관을 선택하기 어려움을 토로하였다. 이 각각의 이유는 주치의와 같이 일상적으로 적절한 의료 가이드를 제공해줄 수 있는 일차의료 단계의 존재 또는 시스템의 부재, 의료기관의 분포, 의료기관의 질 문제와 같이 그 원인이 되는 구조가 서로 다르다.

의료이용 중이나 이용 결과의 경우 기존 문항에서 측정하지 않던 영역이었다. 이 영역은 의료 과정과 결과의 질에 관한 미충족 현황을 보여주었다. 질적 분석에서 언급된 내용이 대부분 선택지에 담겼는데, 그 중에서도 받는 ‘의료에 대한 설명이 불충분하다’는 내용이나 ‘시간 대비 짧은 진료시간’은 대부분의 초점집단에서 언급된 내용이었다. 연령대가 높은 경우 ‘절차와 과정이 어렵다’는 반응이 많았고 지방에 거주하는 경우 ‘시설의 열악함’에 대해 불만이 있었다. 생각보다 많은 경우가 오진이나 진단 지연, 증상 완화의 실패 등에 대해 불만을 가지고 있었고 진료를 받고 나왔음에도 ‘여전히 불안’한 것, ‘사후관리에 대한 부족함’ 등이 새로운 내용으로 등장했다. 양적 분석 결과 지방으로 갈수록 시설이나 의료 환경에 대한 이유가 많았고 서울에서는 절차나 과정이 어렵거나 짧은 진료에 대한 불만이 다른 지역에 비해 많았다. 이는 서울 지역에서 상급 의료기관을 이용한 경우가 많기 때문인 것으로 추측되나 어떤 수준의 의료기관을 이용했는지를 묻지 않았기 때문에 단언할 수는 없다. 절차나

과정이 어렵다고 응답한 경우는 질적 분석에서와는 달리 연령대와 상관 없이 다양한 분포를 보였다. 오히려 설명이 불충분하다는 이유가 연령대가 높아질수록 높은 비중으로 나타나 고령층에서 느끼는 의료이용 과정의 어려움은 사실 설명의 부족함 또는 의사소통의 어려움에서 비롯된 것으로 보인다. 연령에 따른 건강 문해력(health literacy)은 연령의 효과에 다양한 연구결과가 제시되었으므로 반드시 고령이라고 해서 이해가 떨어진다고 할 수는 없다(홍인화, 은영, 2012). 그러나 설명이 불충분하다고 인식하는 데에는 단순히 정보 이해의 문제만 해당하는 것이 아니라 이용자의 기준과 진료과정의 문제 때문일 수도 있으므로 특히 의료이용 중 단계의 미충족을 이해하기 위해서는 의사-환자의 대면과정에 대해 더 깊이 있는 연구가 필요하다.

제2절 논의

1. 정책적 의의와 시사점

기존 지표를 이용한 많은 미충족의료 연구는 접근성, 보장성, 형평성 등 보건의료체계의 목표 달성 영역에 대한 정책적 대안을 제시해왔다. 그러나 연구가 축적되는 것에 비하면 미충족의료의 현황이나 원인 진단은 지표가 보여줄 수 있는 범위 내에 머물러 진전되기 어려운 상태였고 대안 역시 그에 따라 제한되었다. 이 연구에서 재정의한 미충족의료의 개념과 그에 기초하여 개발된 미충족의료 측정도구의 표본조사 결과에서 도출한 정책적 의의와 시사점은 다음과 같다.

첫째, 현실에는 전문가가 평가한 필요와 이용여부로 측정되는 미충족의료 외에 더 많은 영역과 유형의 미충족된 의료필요가 있었다. 개발한 지표는 의료필요를 인식하고부터 이용한 결과에 이르는 세 단계를 측정하였으므로 기존의 측정 영역보다 더 넓을 수밖에 없다. 기존의 지표가

설정한 영역에 해당하는 선택하고 찾아가는 단계에서도 그 비율은 더 높게 나타났다. 이는 단지 의료기관을 가지 못한 것뿐 아니라 이용이 지연되는 것을 포함하여 의료기관에 찾아가기까지 경험하는 어려움과 불편함이 더 있음을 의미한다. 이 단계에서 발생한 미충족의 이유를 비교하면 상당히 다른 결과를 보여주는 부분도 흥미롭다. 기존 지표에서 측정되는 미충족의료의 이유는 경제적 이유, 시간적 이유, 증상의 가벼움이 각각 1/3 정도씩을 차지했다. 이러한 결과에 따라 미충족医료를 유형별로 나누어 분석한 기존 연구나 분석 보고서는 경제적 이유, 시간적 이유, 그리고 나머지 이유로 구분하여 요인을 분석하는 경우가 많았다(허순임, 이혜재, 2016; 이혜재, 허순임, 2017). 개발한 문항으로 조사했을 때에는 기존 문항과 유사한 의료 찾기/선택/도달 단계의 미충족 이유에서 경제적 이유로 인한 미충족의 비중이 줄어들었고, 기존 문항에서 경제적 이유로 응답했던 사람들 중에 절반 이상이 다른 종류의 이유, 많은 경우 의료기관 찾기와 선택의 어려움으로 바꾸었다. 즉, 기존에 측정하던 방식이 경제적 이유로 인한 미충족을 과도하게 대표했거나 선택지에 없던 다른 종류의 미충족을 파악하는데 부족했을 가능성이 있다. 특히 의료기관을 찾고 선택하고 도달하는 과정에서의 미충족이 다른 단계에 비해 크고, 그 이유로는 무엇보다 어떤 의료기관을 믿고 선택할 수 있는지에 대한 막막함이 두드러졌다. 지금의 의료상황에서는 의료기관의 양이 문제라기보다는 의료의 질과 의료기관의 행태 자체에 대한 신뢰가 부족한 상태임을 나타내며 이에 대한 조치뿐 아니라 믿을 수 있는 정보를 누구나 찾아볼 수 있도록 정보를 생산하고 제공하는 체계가 필요하다는 것을 시사한다. 의료이용 중과 이용 결과 단계의 미충족 현황과 이유는 기존의 미충족 지표가 측정하지 못하던 영역으로써 의료이용과 관련한 보건 의료정책의 성과 관리 차원에서 추가적인 현황과 개입 근거에 대한 정보를 얻을 수 있다는 정책적 의의가 있다.

둘째, 기존의 연구는 주로 개인의 인구사회경제학적 특성에 대해서 분석해왔지만 미충족의료의 발생 기제와 경로를 분석한 이 연구 결과는 개인 요인으로부터 바로 미충족의료로 연결되는 것이 아니라, 공급자와의

상호작용, 의료체계와 제도, 삶의 전반에 영향을 받는 사회적 규범 요인까지도 함께 작동한다는 것을 보여주었다. 특히 질적 분석 중 미충족의료의 구성요소에서 개인의 배경지식, 사회 연결망(의료인), 사회적 지지, 물질적 여유, 시간 조정 여력과 같은 자원이 미충족의료에 직접적인 영향 요인으로 드러났고, 성별, 학력, 직장과 같은 개인의 특성은 미충족의료에 어느 한 방향으로만 작동하는 것이 아니라 각기 처한 상황에 따라서 다른 방향과 크기의 영향력을 줄 수 있었다. 노동자로서의 규범이나 젠더적 규범이 주는 영향력은 겉으로 드러나기보다 개인의 인식과 행동양식에 직간접적으로 압력을 가한다. 양적 분석에서는 설문지에 이와 같은 중간 단계의 요인들을 포함하여 측정함으로써 함께 분석하였을 때, 개인의 특성으로부터 파생되는 중간 요인을 찾을 수 있었고, 이들의 영향력이 크다는 것을 확인했다. 예를 들어 의료기관을 찾고 이용하는 단계에서는 주로 활용하는 정보원, 그리고 의료를 이용하는 단계 이후부터는 시간 조정 여력이 이에 해당한다. 성별, 학력, 소득, 고용상태와 같은 개인의 특성은 정책적으로 개입하기 쉽지 않으며 어떤 부분은 바꿀 수 없는 특성이기도 하다. 이 때 그 중간에서 결과에 영향을 주는 요인들을 찾아 개입할 수 있다면 또 다른 정책적 대안이 될 것이다.

셋째, 미충족의료의 요인이 되는 제도적 문제가 있고, 그 공백 안에서 개인은 각자의 자원을 가지고 대응할 수밖에 없기 때문에 이 때 불평등이 발생할 위험이 있다. 미충족의료 지표로 의료 이용의 불평등을 측정하고 요인을 밝힌 연구들은 많지만 현황을 보이고 그에 대한 주목과 개입이 필요하다는 주장 이상의 구체적인 대안을 제시하는 경우는 드물었다. 이 연구에서 개발한 미충족의료 측정도구를 사용한다면 그 상황과 이유를 함께 파악함으로써 어떤 의료필요 상황에서 어떤 이유로 인해 불평등이 발생할 수 있는지를 더욱 구체적으로 알 수 있을 것이다. 예를 들어 질적 연구와 양적 연구 모두에서 지역 간 미충족의료의 특성과 이유의 차이가 명확히 드러났다. 지방은 서울에 비해 질이 확보된 의료기관의 절대적인 양과 종류 자체부터 부족하고 또 그로 인한 불안함이 장기적인 미충족 상태를 만들어내고 있었다. 또 큰 질병에 대해서는 인근

도시나 서울과 같은 타지역으로 이동하여 이용하기 위해 더 많은 시간적, 경제적, 사회적, 심리적 에너지가 필요했다는 점에서 개인의 역량에 따른 불평등이 양산될 가능성이 컸다. 양적 연구에서도 지방은 의료기관 선택에서 달리 선택할 수 있는 가용성이 대도시에 비해 현저히 떨어졌고 의료과정과 결과로서의 질이 낮기 때문에 발생하는 미충족도 두드러졌다. 반면, 서울은 의료기관의 양이 부족하다기보다는 강남과 같은 지역에서 수익 추구 경향성을 고려할 때 신뢰할 수 있는 의료기관을 찾기가 어렵고 직접적으로는 별로 수익이 되지 않는 보험진료를 해주는 의료기관을 찾기 어려웠던 미충족 경험도 드러나 지역의 특성에 따라 독특한 미충족 양상을 볼 수 있었다. 그 외에도 학력이나 소득 수준에 따른 의료이용의 불평등은 요인을 분석하고도 마땅히 그 원인에 개입할 방안이 그리 명확하지 않았다. 이 연구는 의료이용의 대응자원으로써 주로 활용하는 정보원이나 대체 가능한 의료기관의 가용성과 같이 미충족의료 경험에 의미 있는 영향을 미치는 중간 요인을 파악할 수 있었고 이와 같은 방식으로 의료 불평등의 경로를 밝히고 개입지점을 찾는 데에 한발 더 나아갈 수 있는 가능성을 보여주었다. 또한 이번 연구에서는 분석하지 않은 미충족의료의 상황과 이유에 대해 세부적으로 분석할 수 있게 되면 한층 더 유용한 정보를 얻을 수 있을 것이다.

그 외에도 구체적인 세부 결과를 통해 정책적으로 활용할 수 있는 적용점을 찾을 수 있었다. 먼저 의료 찾기, 선택, 도달 단계에서 언급된 미충족에서 가장 중요한 부분을 차지한 것은 병의원을 찾는 것 자체의 어려움이였다. 이것은 사람들에게 의료이용에 대한 정보가 양적, 질적으로 충분하지 않다는 것을 의미한다. 예컨대 의료인으로부터 주로 정보를 얻는 집단과 비의료인인 지인으로부터 주로 정보를 얻는 집단은 미충족 경험률에 차이가 있었다. 연구 결과를 적용하자면 누구에게나 의료인으로부터 받는 정보의 질에 가까운 정보가 제공되어야 할 텐데 이는 인터뷰에서도 언급된 것처럼 획일적이고 행정적인 차원의 공적인 정보제공으로는 부족하며, 소득이나 연령과 같은 특성에 따라 자칫하면 정보를 찾는

능력이나 정보 접근을 위한 물리적 조건이 떨어지는 집단에 대한 불평등이 오히려 증가할 위험도 있다(Brodie et al., 2000). 상업적인 의료기관 정보 확산과 무분별한 인터넷상의 의료정보에 대한 질적 평가와 규제도 필요하다. 개개인이나 어떤 집단에 공평하게 정보를 전달하기란 쉽지 않은 일이어서 궁극적으로는 의료필요를 체계적으로 조정하고 관리해줄 수 있는 시스템을 마련해야 한다. 그것은 주치의와 같이 전반적 의료이용에 대한 일차 관리시스템이 될 수도 있고 의료기관의 급에 상관없이 선택 가능한 현재의 이용방식을 변화시키는 방식이 될 수도 있다. 이런 문제가 기저에 존재하기 때문에 단순히 상급의료기관의 이용에 대한 규제만으로는 이용자의 쏠림 문제를 해결하기 어려울 것이다. 연관된 문제로 의료 쇼핑 현상이 있다. 이 역시도 결국은 충분한 정보가 부족하고 질에 대해 확신할 수 없기 때문에 발생하는 문제의 일부이므로 정보의 공유뿐 아니라 표준 진료의 확장과 의료기관에 대한 절대적, 상대적 질 관리를 강화해야 한다. 양적 분석에서는 심지어 만성질환 관리에서 의료를 선택하고 찾고 도달하는 단계의 미충족이 다른 단계에서보다 더 높게 나타났다. 만성질환은 다른 것보다 포괄성과 지속성이 중요한 부분이지만 여전히 사람들은 그런 다차원적인 의료필요를 충족시켜줄 마땅한 의료기관을 찾아 정착하고자 하는 필요를 해결하지 못하고 있음을 시사한다. 특정 의료기관을 지정해서 지속적으로 다닐 때 인센티브를 주는 방식만으로는 지속성의 수치는 올릴 수 있을지 몰라도 실질적인 필요를 해결해주는 것은 어려울 것이다. 민동후 등(2018)은 만성질환을 가진 지방 거주 노인의 의료경험을 통해 미충족의료 인식을 조사하였는데 의료의 효과성과 적절성의 부족으로 의료에 대한 불신을 가지게 될 수 있음을 지적하였다. 이와 같이 이용자의 필요에 반응하는 보건의료체계가 되기 위해서는 이용자가 의료이용을 통해 무엇을 충족하기를 기대하는지를 먼저 파악해야 할 것이다.

의료기관을 찾은 이후에서도 몇 가지 문제들이 나타났다. 먼저, 의료기관 간 연계의 문제는 단순한 정보의 공유만으로 해결될 것이 아니라는 사실이다. 지역 간 의료의 질 차이로 인해 의료기관 사이에서도 상호 검

사 결과를 믿지 못하는 일이 발생하며, 이렇게 해서 생기는 진단용 검사
 의 반복 처방에 대한 문제의 근본이 무엇인지를 먼저 파악해야 한다. 다
 만, 이와 관련한 규제를 할 때 의료 선택에 대한 어떠한 제한을 두지 않
 는다면 점점 더 초기에 상급 의료기관으로 향할 가능성이 더 높아질 수
 있다는 것도 고려해야 한다. 비급여 의료로 인한 상업적 의료행태와 의
 료비의 문제는 결국 보험 적용 항목에 대해 공급자와 이용자 모두와 충
 분히 논의하여 조정해나가야 한다. 또한 비급여 항목으로 인한 상업적
 의료공간의 가능성을 줄이기 위해 실손 민간의료보험에 대한 규제를 포
 함한 대책 마련이 필요하다. 현재 정부가 추진하고 있는 문제인 케어가
 바로 비급여 항목의 공간을 줄이기 위한 방안이지만 공급자의 반발과 필
 요한 재원 마련이라는 여러 어려움에 맞서있다. 많은 사람들이 의료의
 상업적 행태가 본래의 의료에 지닌 기대와 합치하지 않음을 표현하였고,
 실제 고급의 서비스라고 생각하는 것은 단순히 장비와 시설의 고급화가
 아니라 적정 수의 환자를 보며 개별 환자에게 충분한 시간을 들이는 진
 료를 기대하는 측면이 있다는 사실도 중요하다. 그렇다고 무조건 긴 진
 료시간을 강조하는 것은 아니라 결국은 시간 대비 충분한 설명이 이루어
 지는가와 같이 실질적인 서비스 제공 방식이 중요하다. 의료의 과정에
 대해서는 젠더와 다른 집단 간의 차이를 포함하여 효과적인 커뮤니케이
 션에 관한 양질의 훈련이 충분히 이루어질 수 있도록 기준을 마련할 필
 요도 있다. 아무리 커뮤니케이션의 질이 중요하다고 해도 절대적인 시간
 의 영향을 무시할 수 없기 때문에 적정한 진료시간을 낼 수 있도록 앞
 서 언급한 환자의 쏠림을 줄이기 위한 방안과 더불어 병의원이 과도하게
 환자를 받는 상황을 함께 해결해야 한다. 진료 중 절차나 과정이 복잡해
 서 생기는 미충족이 모든 종류의 의료필요에서 일정 비중을 차지했는데
 오로지 2차 의료기관 이상을 이용할 때 발생하는 문제인지 다른 의료기
 관에서도 비슷한 비중의 응답이 나오는지에 대한 추가 연구를 통해 세부
 사항을 확인해볼 필요가 있다. 진단적 검사와 건강검진 차원에서 과잉
 검사가 발생하지 않도록 관리해야 한다. 이를 위해서는 정말 검사가 필
 요한 사람에게 검사가 이루어질 수 있도록 검사를 통해 병의원 유지를

할 수밖에 없는 의료기관의 재정 분석을 해볼 수 있다. 의료기관의 수익에 차지하는 것이 진료가 되어야 하지만 실상은 오히려 다른 부수적인 부분을 통해 채우고 있는 상황이라면 보상체계를 수정해야 한다.

의료를 찾고 이용하는 모든 단계에서 가용성 문제가 중요하게 대두되었다. 선택 가능하다는 것은 더 나은 질을 향한 바람을 충족할 수 있는가의 문제이기도 하다. 즉, 지역 간 의료자원 분포 문제에서 양적 문제뿐 아니라 질적인 분포의 형평성에 대해서도 신경 써야 한다. 단순히 의료기관을 늘리는 방법보다도 수가 적더라도 질이 충분히 보장된다면 선택을 통해 질을 높여야 하는 이용자 책임의 무게가 줄어든 것이다. 특히 지역의 경우 필수과목의 부재로 불가피하게 타 지역으로 이동해야 하는 경우 교통 인프라의 개선이 필요하고, 이동능력의 불평등을 줄이기 위해서 자차 운전이 불가능한 사람에 대한 지원방안이 있어야 한다. 이에 대해서는 이미 100원 택시로 알려진 정책을 일부 지자체 단위에서 시행하고 있다(임고은, 2017). 지역 간 문제에서 공공의료기관에 대한 불신 또한 문제이며, 이는 단지 병원의 시설 낙후뿐 아니라 의료인의 실력과 태도에 대한 문제가 포함되어 있다. 공공의료기관을 효율성으로 평가하기보다 실질적으로 지역 내에서 어떤 의료필요를 충족하는 역할을 하고 있는가를 기준으로 평가해야 하고 충분히 지역 내의 필요를 소화하는 일차 또는 이차 병원 역할을 할 수 있을 정도로 양과 질을 높여야 한다. 더불어 주민들의 의료필요에 기초하여 보건소에서 제공하는 서비스의 실질적인 활용정도에 대한 재점검을 통해 필요하다면 주변 민간의료기관과의 분포를 고려하여 기능을 분화하고 역할을 재정립해야 할 수도 있다. 물론 공공의료기관에 대한 이상의 변화는 주민들이 지닌 인식 변화를 위한 홍보와 교육과 같은 노력도 해야 한다.

의료필요가 미충족 되었을 때의 대응에 대해 정책적으로 대응을 포기하지 않도록 제도적으로 도와줄 수 있는 방법을 마련하고 대응이 어떻게 가능한지에 대한 정보를 이용자와 제공자 모두에게 제공하고 알려야 한다. 의료 소비자 또는 환자 권리가 향상되고 있지만 연구 결과에 의하면 아직 부족하며 장기적으로는 의사-환자의 권력차이에 의해 드러나지 못

하는 미충족 대응 요구를 줄일 수 있도록 이용자의 역량을 향상하고 의사-환자 간 규범을 바꿔나가야 한다.

미충족 경험에 앞서 이미 존재하는 미충족 요인으로 사회경제적 수준에 따른 대응자원이 일부 확인되었다. 분석 결과에 의하면 교육수준에 따른 정보원의 문제, 소득 수준에 따른 인적 자원, 정보원, 직업 유형과 고용 형태에 따른 시간적 여유가 해당한다. 정보원, 시간여유, 공급자원, 이용자역량 중 의사소통 효용과 같은 자원은 소득이나 학력과 같이 이미 바뀌기 어려운 특성에 비해 개입 가능성이 높다. 따라서 미충족의료에서 불평등을 줄이기 위해서는 의료필요 미충족에 직접 영향을 미치는 대응자원을 더 발굴하고 이들을 심층적으로 연구하여 더 가까운 원인에 개입해야 한다. 예를 들어 질적 연구에서 두드러졌던 불평등 기제인 의료인 인맥 활용의 경우 다른 사람의 권리를 침해하는 방식이 되지 않도록 제도적으로 규제하고 의료계와 시민 모두의 규범이 형성될 수 있도록 유도해야 한다. 의료기관의 객관적인 질을 평가하여 정보나 인맥이 없더라도 누구나 충분히 의료를 찾고 선택하는 데에 믿을만한 정보를 쉽게 얻을 수 있는 정보 전달 체계 구축을 시도해야 한다.

2. 방법론적 함의

이 연구는 질적 연구로 시작해서 이를 기반으로 양적 측정도구를 개발하고 표본 조사하여 양적 분석을 수행하는 여러 방법을 활용했다. 양적 측정도구의 문항을 개발할 때에는 이런 질적 자료 외에도 이론적 검토, 전문가 논의, 기존의 설문지 가져오기 등 다양한 방법이 사용될 수 있다. 이 연구는 질적 자료와 이론적 검토 자료를 주로 활용했는데 이는 이용자 관점을 취하기 위해서 이다. 또한 기존의 지표를 보완하고자 하는 목표를 가지고 있었으므로 다른 설문지를 가져와 번역하거나 하는 것도 적합하지 않았다. 측정도구 개발 과정에서 미충족 이유의 선택지를 구성하는 것은 매우 중요한데, 실제로 존재하지만 포함되지 못한 선택지가 있다면 그 부분이 과소 추정되는 대신 포함된 선택지가 과다 추정되

는 왜곡이 생길 수 있기 때문이다. 이를 방지하기 위해 가능한 한 다양한 경험을 수집하고 문헌고찰을 더하여 문항을 생성하였지만 여전히 어떠한 경우가 제외되었을 가능성은 있다. 그러나 미충족의료는 본질적으로 유동적인 개념이므로 측정 자체가 지속적으로 이루어져야 할 뿐 아니라 도구 자체도 정기적으로 현실 검증력을 재확인하고 수정함으로써 이러한 문제를 보완할 수 있을 것이다.

양적 측정도구는 표본의 선정과 표본 수에 따라 대표성을 가질 수 있고 결과를 계량화하여 보여줄 수 있으므로 전체 현황을 보여주거나 다른 조사와 비교할 수 있다는 장점이 있다. 반면, 정량적 방식으로 측정하기 위해 문항을 변환하는 과정에서 질적 분석이 주는 풍부한 의미가 다소 소실되거나 정량적으로 변화하기 어려운 부분은 도구에 포함시키지 못하는 등의 단점도 있었다. 따라서 향후 미충족의료를 질적(정성적) 방법으로 측정하고 이를 모니터링 하는 작업도 필요하다. 이는 질적으로만 드러낼 수 있는 미충족의료의 발굴과 양적 결과의 해석에 필요하며, 미충족의료의 양적 도구를 보완하기 위한 수단으로서도 반드시 동반되어야 한다. 이 연구에서는 현실적 이유로 표본의 수를 충분히 확보하지 못하여 미충족의료의 현황과 여부에 대한 분석 이상의 구체적인 분석까지는 하지 못했다. 그럼에도 연구에 목적에 따라 도구의 타당도와 신뢰도를 검증하는 것과 미충족의료의 기존 문항과의 비교를 통해 실제 존재하는 미충족의료의 현황이 측정도구에 따라 어떻게 다르며 어느 부분에서 차이가 나는지, 그와 관련된 요인이 무엇인지에 대해서 충분히 확인할 수 있었다. 만일 전국 단위의 대규모 표본을 조사할 수 있다면 미충족의료의 상황과 이유에 따라 각 대응자원과의 관계와 그 영향 요인을 심층 분석하여 더 많은 정책적 함의를 이끌어낼 수 있을 것이다.

3. 연구의 기여와 한계

이 연구의 기여는 다음과 같다.

첫째, 특정 의료필요에 국한하지 않은 미충족의료 전반에 대한 개념의

들을 확장하고 구성요소를 분석했다. 기존의 연구는 미충족의료 개념을 충분히 비판적으로 검토하지 않고 기존의 도구를 사용했다는 점에서 한계가 있었고 미충족의료 개념을 새로 탐색하는 일부 연구들은 대부분 특정 의료상황이나 대상에 국한했다. 본 연구는 미충족의료의 개념과 구성요소를 일반적 차원에서 근본적으로 재탐색하였다는 점에서 학문적 의의가 있다. 둘째, 실제 사용할 수 있는 미충족의료 측정도구를 개발함으로써 기존에 국내에서 자주 사용되는 측정문항의 한계를 보완하고자 했다. 이 연구에서는 이론적인 개념의 확장으로부터 도구를 개발하여 실제로 측정하고 결과를 분석함으로써 새로운 개념의 유용성을 확인하는 것에 그쳤으나, 앞으로 다른 조사와 연구에도 활용할 수 있다는 점에서 실용적 의의가 있다. 셋째, 미충족의료의 개념과 측정도구에서 이용자의 관점을 강조함으로써 점점 더 중요해지고 있는 사람 중심의 보건의료로 발전하는 과정에 도움이 될 것이다. 측정도구는 그것을 이용할수록 축적되어 거꾸로 개념을 정의하기에 이르기도 하기 때문에 그 관점이 중요하다. 향후 본 연구가 주장하는 미충족의료의 개념과 측정방식이 사용될 수 있다면 의료이용에서 기존의 전문가적 관점을 벗어나 이용자의 관점이 더욱 강화될 수 있다는 의의가 있다.

이 연구의 가장 큰 한계는 인식론적으로 발생할 수 있는 편향을 보정할 수 없다는 점이다. 미충족의료 경험에 대해 응답하기 위해서는 의료 필요 대비 충족 정도라는 두 가지의 인식과정을 거치게 되므로 건강 상태나 삶의 질과 같은 주관적 측정방법이 가진 문제를 그대로 가진 상태에서 한 단계를 더 지나야 하는 셈이다. 그럼에도 불구하고 주관적 측정도구로만 측정 가능한 영역이 있기 때문에 여전히 이러한 종류의 측정도구가 필요하다. 집단을 대상으로 측정했을 때 개인 간 변이는 무작위 오류의 특성으로 간주할 수도 있으나, 집단에 따라 선택적으로 편향될 수 있는 영역에 대해서는 심층적 연구를 통해 그 영향력을 파악하고 측정과 해석에 앞서 고려하는 노력이 필요할 것이다.

질적 분석을 위해 모집한 참여집단과 참여자 수가 제한적이었다. 몇

개의 초점집단이 충분한지에 대해서는 연구 주제의 영향을 받겠지만, 초점집단의 수와 관련한 연구로 Carlsen과 Glenton(2011)은 초점집단을 활용한 220개의 연구를 분석하여 평균 8.4개, 중위값 5개, 최소 1개부터 96개까지의 다양한 결과를 제시하였고 Guest 등(2017)은 40개까지의 초점집단을 분석했을 때 2-3개에서 80%가 포화되고 3-6개에서 90%가 포화되며 4개부터 급격한 평형상태가 됨을 보고하였다. 원칙적으로 포화를 이룰 때까지 진행하는 것이 적합하나 본 연구는 비용적 한계로 최대 10개의 초점집단을 모집했고 앞의 연구 결과에 비추어 볼 때 미충족의료의 개념이라는 하나의 주제를 분석하는 데에는 부족하지 않을 것으로 보았다. 만일 초점집단을 총화하고자 한다면 각 특성별로 포화에 이르도록 모집하는 것이 원칙이며, 이 연구에서 모집한 규모로는 연령, 소득수준, 거주지에 따라 초점집단의 특성을 비교하여 분석하기까지는 충분하지 않을 수 있다. 특히 군 지역에서는 초점집단이 아니라 심층면담을 진행함으로써 기제를 파악하는 데 보완하고자 하였으나 결과적으로 대도시와 농촌 지역 간의 차이를 분석하는 데에는 충분하지 않은 정보가 수집되었을 가능성이 있어 지역 간 미충족의료의 불평등에 대해서는 추가적인 연구가 필요할 것이다.

조사한 표본의 수가 미충족의료 경험의 단계별 여부를 분석하는 정도로는 가능했지만 더 세부적인 의료필요와 이유를 구분하여 분석하기에는 부족했다. 표본 수가 충분했으면 어떤 의료필요 상황에서 어떤 이유로 미충족이 발생했고, 그 관련 요인이 무엇인지에 대해서 상세하게 분석할 수 있었을 것이다. 이 연구는 재정적 한계로 미충족의료의 단계에 따른 경험률 정도를 분석할 수 있는 표본 수까지만 확보할 수 있었다.

인지하지 못한 미충족에 대해서는 측정하지 못했다. 이는 개인의 인식, 판단, 기억의 회상을 필요로 하는 주관적 응답방식을 이용한 측정도구 자체가 지닐 수밖에 없는 한계이기도 하다. 한 가지 방법은 질적 측정 가운데 본인이 새로운 경험을 통해 과거의 경험이 미충족이었음을 인지하는 경우다. 미인지된 미충족에 어떤 것들이 있는지는 알 수 있을지 몰라도 인구집단이 얼마나 많은 미인지된 미충족을 지니고 있는지는 알

수가 없다. 이런 경우는 국민건강검진 결과와 의료이용 자료를 연계한 빅데이터 분석 등의 방법을 사용해 측정을 시도해 볼 수 있을 것이다.

단축형 설문은 표준형 설문의 문항이 너무 많기 때문에 개념은 그대로 두고 최소한으로 문항을 줄여서 만들어보고자 했다. 그러나 2차 시도에서 1차를 보완하고자 했던 부분이 의도와는 다른 결과를 가져와 표준형에 비해서 더 많은 범위의 미충족을 포괄하게 되었다. 그 결과를 해석하기는 했지만 추가 연구를 하지 않은 한 해석이 맞는지는 확실하지 않다. 물론 어떤 방식이 더 적합할지는 측정하고자 하는 의도와 범위에 따라서 달라질 것이다.

측정도구의 문항에서 용어를 더 엄밀하게 사용하지 못했는데, 예를 들어 과소이용이나 이용 포기과 같은 개념을 측정하는 문항을 설계할 때 구체적으로 설명하고자 하면 문항이 과도하게 복잡해지는 것을 막기 위해서였다. 인지면접조사를 통해 각 개념에 대해 응답자가 파악한 의미를 더 구체적으로 확인함으로써 개선될 수 있는 부분인데, 인지면접조사를 설문지 1판에서만 수행했기 때문에 2판에서 표준형과 단축형으로 구성된 설문에 응답하는 것의 인지 차이에 대해 조사하지 못했다. 이후 단축형 도구를 사용할 기회가 생긴다면 이러한 보완작업이 선행되어야 할 것이다.

미충족의료 경험 이유에 대한 선택지에 실재하는 기제가 빠져 있을 가능성이 있다. 기제는 여러 조건이 단계적으로 또는 동시에 작동하여 나타나며 구분하자면 한없이 분화하여 질문할 수도 있다. 문항 개수가 많아질수록 응답률과 정확도가 떨어지기 때문에 적절한 문항 수를 유지하기 위해 일부 개념들을 절충하거나 제외하다보니 기존 문항에 대해 비판한 대로 선택지에 없는 이유들을 과소 측정하였을 위험이 있다.

이 연구의 관점과 범위에서는 과다이용을 가려낼 수 없다. 철저히 이용자의 관점에서 미충족의료를 드러내고 이를 측정하고자 하였으므로 거짓을 이야기한 것이 아닌 이상 언급된 모든 종류의 미충족의료는 적절함을 가리기 이전에 실재하는 것이다. 예를 들어 그리 복잡하거나 어려운 질환이 아닌 경증의 질환으로 병원급 의료기관을 이용하는 경우는 사회

보편적 기준에서 과다의료이용이라 할 수 있고 이에 대한 미충족의료는 적절하지 않다고 평가할 수도 있을 것이다. 그러나 최소한 측정의 차원에서는 이러한 의료필요와 그 미충족을 옳지 않다는 이유로 없는 것이라 할 수 없다. 이 연구는 모든 미충족이 부당하고 반드시 충족되는 방향으로 가야 한다고 주장하지 않는다. 대신 미충족의 실상을 파악하고 미충족의 적정성을 평가한 후 해결방안을 다각도로 모색해야 한다고 주장한다. 미충족을 측정함으로써 이와 같은 미충족이 발생한 구조와 맥락을 따져볼 수 있는 계기를 마련해야 한다는 것이다. 정책적으로는 미충족을 단순히 해소시켜주는 것이 아니라 의료필요가 왜곡되지 않도록 제도를 정비하는 방향이 되어야 함을 알려주는 신호로 받아들여야 할 일이다.

제3절 제언

본 연구 결과는 미충족의료의 개념과 구성요소를 탐색하고 이를 기반으로 새로운 측정도구를 개발하였다. 표본조사를 분석했을 때 기존의 문항으로 알 수 있었던 현황과는 다른 종류와 영역의 미충족의료의 실재한다는 것을 보일 수 있었다.

이와 같은 결과가 충분히 의미 있다면 향후 보건의료 분야의 전국단위 조사에 새로운 미충족의료 문항을 포함하여 국가적 통계자료를 생산함으로써 현황을 다시 파악해야 한다. 새로운 자료원을 통해 분석할 때 지금과는 다른 범위의 미충족 현황을 파악할 수 있을 것이며 더 구체적인 정책적 개입 지점을 파악하고 그 방안에 대해서 계획할 수 있는 풍부한 자료를 얻을 수 있게 될 것이다.

이는 의료불평등을 연구하는 데에도 사용할 수 있다. 지금까지 의료불평등을 측정하는 방식은 의료이용량, 의료비 등을 사회경제적 특성에 따라 집단별로 비교하거나 동일 필요에 대한 동일 이용의 의미에서 수평적 형평성 지수와 같은 종합지수를 사용해왔다. 전자의 방법을 포함해 실현

된 이용량을 기준으로 평가하는 의료 불평등은 이용하지 못하는 단계와 이용하면서도 발생할 수 있는 불평등에 대해 알 수 없다는 근본적인 단점이 있다. 후자의 방법은 종합적으로 하나의 불평등 수치를 보여줄 수 있다는 장점이 있지만 의료필요를 보정하는 과정이 얼마나 적절한지에 대한 논란을 해결하지 못하고 있다. 미충족의료는 개념상 의료필요에 대한 충족 여부를 한 개인 안에서 평가하기 때문에 의료필요라는 분모의 보정 문제에서 자유롭다. 또한 미충족되는 이유를 확인할 수 있기 때문에 불평등 개입 지점을 직접 파악할 수 있다는 장점도 있다. 무엇보다 사회적 고통으로서 불평등을 평가할 때 이용자의 관점이 반영되어야 한다는 점에서도 향후 의료이용의 불평등 연구에서 더 적극적으로 사용해야 한다.

이 장의 정책적 의의와 시사점 부분에서 제도적 개선을 이루어야 하는 부분에 대해 많은 것을 제안하였다. 일부는 중간 단계의 개입을 통해 나아질 수 있겠지만 상당수의 문제가 근본적인 의료전달체계나 자원 분포, 보험체계의 문제와 관련되어 사실상 변화가 그리 쉽지는 않을 것이다. 그럼에도 미충족의료와 같은 지표를 이용하여 의료필요와 의료이용의 단계에 따른 현실의 문제를 지속적으로 모니터링하며 대안을 논의해 나가야 한다. 현상의 모니터링은 문제 해결을 위한 첫걸음이며, 양적 모니터링만이 아니라 질적 모니터링을 함께 수행함으로써 더 입체적이고 신뢰할 수 있는 결과를 산출할 것을 제안한다.

향후 더 다양한 의료필요 상황, 이유, 집단에 따른 심층 분석을 통해 미충족의료에 대한 지식을 견고히 해나가야 한다. 의료의 특성에 따라 제도적 틀을 넘어 문화적이고 규범적인 차원에서의 개선이 필요한 부분도 있기 때문에 교육부터 사회적 규범의 변화와 같은 더 넓은 영역의 개입에 대한 논의와 연구도 필요할 것이다. 현실의 문제와 그 기제를 구체적으로 파악하려는 노력을 통해 불평등을 포함한 현실의 의료이용 문제 개선에 더 실효성 있는 개입 방안을 마련할 수 있을 것이라고 기대한다.

참 고 문 헌

- 강정희, 김철웅, 서남규. (2017). 65 세 이상 인구의 고용형태와 의료요구 미충족 경험률의 관련성. **한국노년학**, 37, 281-291.
- 강태경, 채병수, 고영석, 황환식, 박훈기. (2003). 가정의학과 외래 환자의 진료 만족도에 영향을주는 요인. **가정의학회지**, 24, 346-352.
- 권순만, 윤영호, 김윤희, 최지은, 현민경, 홍석원, ... 김수진. (2012). 암보장성 강화 전·후 의료서비스 및 건강불평등 영향 평가. **한국보건의료연구원 연구보고서**, 1-264.
- 김교성, 이현옥. (2012). 의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구: 과부담 의료비 지출과 미충족 의료 경험을 중심으로. **사회복지정책**, 39(4), 255-279.
- 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경, 손수인, 김새롬, & 박여리. (2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. **한국보건사회연구원**.
- 김명희, 김새롬, 김유미, 류재인, 박금령, 박유경, 박지은, 박진옥, 송리라, 임신예. (2015). 건강불평등에 도전하기: 연구와 실천. **PHI 연구 보고서**.
- 김복연, 김석범, 김창운, 강복수, 정종학. (1991). 의료보호대상자의 의료이용양상. **영남의대학술지**, 8(2).
- 김새롬, 김영수, 김창엽, 민혜숙, 박유경, 손수인, 정성민, 조상근. (2016) 미충족의료: 한국의 연구 현황과 제한점. **건강불평등 심포지엄, 대한예방의학회 2016년 추계 학술대회**.
- 김석범, 강복수. (1994). 지역의료보험 실시 전후 도시 일부주민의 의료이용양상 비교. **예방의학회지**, 27(1), 117-134.
- 김수정, 허순임. (2011). 우리나라 가구 의료비부담과 미충족 의료 현황: 의료보장 형태와 경제적 수준을 중심으로. **보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구)**, 17(1), 47-70.

김수진, 고영, 오주환, 권순만. (2008). 건강보험 암 중증질환 급여확대가 의료이용 형평성에 미친 영향. **보건행정학회지**, 18(3), 90-109.

김수희, 이정열. (2013). 결혼 이후 여성의 미충족 의료에 미치는 영향요인 분석. **Journal of Korean Academy of Nursing**, 43(6), 770-780.

김양중. (2009년, 10월 19일). 비싸고 자주 하면 안심? 암 검진법을 ‘검진’한다. 검색일 9월 5일, 2018년, 출처 한겨레:

http://www.hani.co.kr/arti/specialsection/esc_section/382741.html

김윤. (2016). 건강보험 보장성 강화 전략. **월간 복지동향**, (218), 26-32.

김정희, 김영숙, 김명순. (1999). 보건소 이용 노인의 미충족 의료요구.

김주경. (2013). 미충족 의료 파악을 위한 미치료를 지표 개선방안. **국회입법조사처**.

김진구. (2008). 저소득층의 의료 이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인. **사회복지연구**, 37, 5-33.

김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. (2015) **한국의 건강 불평등**. 서울대학교 출판문화원

김현희, 황지영, 박일수. (2016). 장애인 실태조사 자료를 이용한 국민 기초생활수급 장애인의 미충족 의료 결정요인 분석. **한국장애인복지학**, 5-28.

도영경, 박민선, 이진용, 이숙경, 박은숙, 이준희, 강성찬. (2017). 서울대병원 환자중심성 조사도구 개발. 서울대학교병원. 서울대학교 의과대학 의료관리학교실.

도영경. (2017). 환자경험평가를 통한 환자중심성 향상: 근거, 의의, 과제. **정책동향** 11(3). 건강보험심사평가원.

문정화, 강민아. (2016). 독거노인의 미충족 의료와 영향요인. **보건사회연구**, 36(2), 480-510.

민동후, 조정연, 김정길, 서수진, 김미경, 심은혜, ... 김창엽. (2018). 만성질환을 가진 노인의 의료경험과 미충족의료 인식. **보건행정학회지**, 28(1), 35-47.

박선주, 이원재. (2017). 빈곤노인의 미충족 의료와 관련된 융합적 요인 분석. **한국융합학회논문지**, 8(1), 221-229.

박수경, 이신호, 정아름, 좌용권, 명희봉, 나백주. (2011). 의료서비스 이용 및 공급 등에 대한 의료권설정 연구. 서울: 한국보건산업진흥원.

박유경, 김명희, 김창엽, 박유애, 조홍준. (2015) 건강검진은 어떻게 “산업”이 되었나? 시민건강증진연구소.

박유경, 김창엽, 황승식. (2018). 미충족의료와 소득의 상호작용이 주관적 건강수준에 미치는 효과. **보건과 사회과학**, 47, 57-83.

박재경. (2014). **암 보장성 강화 정책이 환자의 의료이용 및 주관적 부담에 미치는 영향**. 석사학위논문, 보건학과, 서울대학교 보건대학원, 서울.

박종영, 김종배, 한성현. (2005). 우리나라 일부지역 여성근로자의 보건 의료 요구 및 이용 실태와 관련 요인 분석. **대한보건연구**, 31(1), 12-26.

박형준, 박수지. (2012). 건강관련 삶의 질에 대한 의료서비스 접근성의 영향과 소득수준의 조절효과. **보건과 사회과학**, 31, 107-125.

배지영. (2010). 건강보험 보장성 확대가 의료이용 및 건강수준에 미치는 영향. **사회복지연구**, 41(2), 35-65.

배지영. (2014). 만성질환 보유 노인의 의료비 부담 및 의료 미이용 경험과 건강관련 삶의 질 간 관계에 관한 연구. **사회과학연구**, 25(4), 109-129.

서남규, 강태욱, 허순임, 이혜재, 김동수, 임병묵, 장숙량, 홍기명, 정세환, 오영호. (2016). 2016년 한국의료패널 심층분석보고서. 국민건강보험. 한국보건사회연구원.

서남규. (2011). 한국의료패널로 본 경제활동 상태 및 소득계층에 따른 의료이용. **보건복지포럼**. 한국보건사회연구원.

서소영. (2017). 환자중심성 측정을 위한 환자경험평가의 도입. **정책동향** 11(3). 건강보험심사평가원.

성태제. (2002). **타당도와 신뢰도**. 학지사.

송해연, 최재우, 박은철 (2015). 한국 성인의 경제활동 참여변화가 미

충족 의료에 미치는 영향: 4, 5차 한국의료패널자료를 이용하여. **보건행정학회지**, 25(1), 11-21.

신성식, 정종훈, 박정렬, 백수진. (2017년 7월 17일). 사회적 입원은 ‘新 고려장?’...대부분 자녀가 입원 결정, 집 가기도 힘들어. 검색일 9월 5일, 2018년, 출처 중앙일보: <https://news.joins.com/article/21761651>

신영식, 손창균, 이연희, 임완섭, 임지원, 정지영. (2011). 보건의료 정책방향 관련 대국민 실태조사. 보건복지부. 한국보건사회연구원.

신영진, 손정인. (2009). 미 충족의료의 현황과 관련요인. **보건사회연구**, 29(1), 111-142.

신영진. (2015). 미충족 의료서비스 현황과 정책과제. **의료정책포럼**, 12(4), 71-77.

신자은. (2013). 건강보험 가입 재가 장애인의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인. **보건사회연구**, 33(2), 549-577.

신정우, 여지영, 송양민. (2011). 중·고령자의 미충족 의료 등의 발생요인과 비공식적 케어의 활용. **보건경제와 정책연구**, 17(4), 129-146.

신정우, 조병희, 최보람, 김한성, 김광환, 신지영, 조수경, 고금지. (2017). 2017년도 의료서비스경험조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

신혜리, 임예직, 한기명. (2014). 과부담 의료비 지출이 미충족 의료경험에 미치는 영향. **지역사회연구**, 22(3), 25-48.

예방의학과 공중보건 편집위원회. (2013). **예방의학과 공중보건**. 개정 2판. 서울: 계축문화사.

오장균. (1991). 일부 농촌지역 노인들의 만성질환 유병상태와 의료이용 양상. **예방의학회지**, 24(3), 328-338.

유승흠, 조우현, 박종연, 이명근. (1987). 도서지역 주민의 의료이용 양상과 그 결정요인. **예방의학회지**, 20(2), 287-300.

유인영. (2017). 우리나라 성인의 인지된 미충족 의료 현황과 관련 요인. **한국생활환경학회지**, 24(3), 406-414.

유태균, 이선정. (2011). 기초생활보장 수급가구의 탈수급 전, 후 의료서비스 이용수준 차이에 관한 연구. **사회보장연구**, 27(1), 185-215.

- 유현규. (2013). **중증질환자의 의료이용 및 의료비 부담의 형평성 분석**. 석사학위논문, 보건학과, 서울대학교 보건대학원, 서울.
- 윤효정, 장성인. (2017). 2015 미충족의료율과 추이. **보건행정학회지**, 27(1), 80-83.
- 이건정. (2014). 중년여성의 돌봄 부담과 의료서비스 사용과의 관계 연구. **여성건강**, 15(1), 1-15.
- 이경용, 정호근. (1988). 석탄광업 근로자의 이환율 및 의료이용. **한국역학회지**, 10, 75-85.
- 이예슬. (2015). **심뇌혈관질환자 보장성 강화정책이 의료이용 및 의료비 지출에 미치는 영향**. 석사학위논문, 보건학과, 서울대학교 보건대학원, 서울.
- 이용재. (2005). 지역특성이 보건의료자원 분포의 불평등에 미치는 영향. **비판사회정책**, (21), 49-78.
- 이용재. (2009). 논문 (論文): 본인부담경감이 암 환자의 건강보험이용에 미친 영향. **재정정책논집**, 11(1), 3-25.
- 이전호. (2017년 5월 22일). 신조어 ‘얼굴패권주의’에 취준생도 흔들?...“취업성형 고려”. 검색일 9월 5일, 2018년, 출처 노컷뉴스: <http://nocutnews.co.kr/news/4787899>
- 이정미, 정주원, 길상선. (2001). 원저 (原著): 일부 농천지역 노인들의 의료이용에 관한 연구. **전북의대논문집**, 25(1), 31-42.
- 이주은, 김태현. (2014). 민간의료보험과 미충족 의료와의 관계. **보건정보통계학회지 제**, 39(1).
- 이진용, 문남주, 박종화, 은상준, 김현주, 김윤. (2013). 시각장애인을 위한 의료서비스 필요측정도구 개발 및 적용. **The Korean Journal of Visual Impairment**, 29(2), 153-171.
- 이진용. (2006). **장애인 의료서비스 필요측정도구 개발 및 적용**. 박사학위논문, 의학과, 서울대학교, 서울.
- 이혁수, 최윤주. (2017). 과부담의료비와 미충족의료 경험에 관한 연구. **비판사회정책**, (55), 7-38.

이혜재, 이태진. (2015). 미충족의료와 비급여진료비가 과부담의료비 발생에 미치는 영향. **보건경제와 정책연구** (구 보건경제연구), 21(3), 55-79.

이혜재, 허순임. (2017). 노인의 미충족 의료 경험의 결정요인-가구 유형을 중심으로. **보건경제와 정책연구** (구 보건경제연구), 23(2), 85-108.

이혜재. (2016). 성향점수매칭으로 살펴본 의료급여 수급자와 건강보험 가입자의 본인부담 의료비 지출과 의료이용. **보건경제와 정책연구** (구 보건경제연구), 22(2), 29-49.

임고은. (2017년 12월 14일). '100원 택시' 전국으로 확대. 검색일 11월 18일, 2018년, 출처 머니투데이:

<http://theleader.mt.co.kr/articleView.html?no=2017121416307828052>

임지혜. (2013). 한국의료패널 자료를 이용한 만성질환자의 미충족 의료 현황 분석. **보건과 사회과학**, 34, 237-256.

장지은, 윤효정, 박은철, 장성인. (2018). 2016 미충족의료율과 추이. **보건행정학회지**, 28(1), 91-94.

전보영, 권순만. (2015). 장애인의 보건의료 접근성 저해 요인: 경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약으로 인한 미충족의료를 중심으로. **사회보장연구**, 31(3), 145-171.

정의신, 박민정. (2011). 만성질환 노인의 미충족 의료에 미치는 요인 분석. 제 3 회 한국의료패널 학술대회 자료집. 한국보건사회연구원·국민건강보험공단.

정종훈. (2015년, 10월 1일). 피곤한 당신, 오늘 점심 메뉴는 링거 한 방? 차라리 밥 한 끼 잘 드세요. 검색일 9월 5일, 2018년, 출처 중앙일보: <https://news.joins.com/article/18766519>

정현우, 이준협. (2017). 과부담의료비 지출 경험이 경제적 이유에 의한 미충족의료 발생에 미치는 영향. **보건경제와 정책연구** (구 보건경제연구), 23(1), 27-51.

조병희. (2010) **질병과 의료의 사회학**. 집문당.

- 지은구, 김민주. (2015). **사회복지 측정도구의 개발과 실제**. 학지사.
- 최선헌. (2014). 우리나라 성인의 미충족 현황, 주간 건강과 질병, 7(1), 197-200. 질병관리본부.
- 최윤주, 이원영. (2015). 만성질환에 대한 의료보장 사각지대 연구. **한국사회정책**, 22(4), 161-187.
- 최재규. (1995) 의료요구와 충족에 관한 조사연구: 전라북도를 중심으로. **원광대학교논문집**. 전라북도: 원광대학교
- 최재우, 김재현, 박은철. (2014). 산정특례제도가 미충족 의료경험에 미치는 영향. **보건행정학회지**, 24(1), 24-34.
- 통계청, 여성가족부. (2018) 2018 통계로 보는 여성의 삶.
- 허순임, 김수정. (2007). 우리나라 성인의 미충족의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로. **보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구)**, 13(2), 1-16.
- 허순임, 이혜재. (2016) 미충족 의료 경험과 보건의료체계에 대한 인식. **보건경제와 정책연구**. 22(1), 59-89.
- 홍인화, 은영. (2012). 입원 환자의 건강정보 문해력에 관한 연구. **성인간호학회지**, 24(5), 477-488.

Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?. *Social science & medicine*, 70(3), 465-472.

Alonso, J., Orfila, F., Ruigomez, A., Ferrer, M., & Anto, J. M. (1997). Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *American Journal of Public Health*, 87(3), 365-370.

Andrews, G., & Henderson, S. (Eds.). (2000). Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses. Cambridge University Press.

Benson, J. (1998). Developing a strong program of construct validation: A test anxiety example. *Educational Measurement: Issues*

and Practice, 18(1), 10–22.

Boothroyd, R. A., Slay, J. A., Kim, I. J., & Ort, R. (2013). Health insurance for women who have left the TANF rolls The Impact of Welfare Reform: Balancing Safety Nets and Behavior Modification (pp. 145–164).

Bradshaw, Jonathan (1972) Taxonomy of social need. In: McLachlan, Gordon, (ed.)

Brodie, M., Fournoy, R. E., Altman, D. E., Blendon, R. J., Benson, J. M., & Rosenbaum, M. D. (2000). Health information, the Internet, and the digital divide. *Health affairs*, 19(6), 255–265.

Bryant, T., Leaver, C., & Dunn, J. (2009). Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health policy*, 91(1), 24–32.

Carlsen, B., & Glenton, C. (2011). What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies. *BMC medical research methodology*, 11(1), 26.

Caswell, K. J., & Long, S. K. (2015). The expanding role of managed care in the Medicaid program: implications for health care access, use, and expenditures for nonelderly adults. *Inquiry*, 52. doi:10.1177/0046958015575524

Cleary, P. D. (1998). Satisfaction may not suffice!: a commentary on ‘a Patient’s Perspective’. *International journal of technology assessment in health care*, 14(1), 35–37.

Cleary, P. D. (2016). Evolving concepts of patient-centered care and the assessment of patient care experiences: optimism and opposition. *Journal of health politics, policy and law*, 41(4), 675–696.

Coulter, A., Fitzpatrick, R., & Cornwell, J. (2009). Measures of patients’ experience in hospital: purpose, methods and uses (pp. 7–9). London: King’s Fund.

Daniels, N. (2001). Justice, health, and healthcare. *American Journal*

of Bioethics, 1(2), 2–16.

Dean, H. (2010). *understanding human Need*. Policy Press.

Detollenaere, J., Hanssens, L., Vyncke, V., De Maeseneer, J., & Willems, S. (2017). Do We Reap What We Sow? Exploring the Association between the Strength of European Primary Healthcare Systems and Inequity in Unmet Need. *PLoS One*, 12(1), e0169274. doi:10.1371/journal.pone.0169274

DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications* (Vol. 26). Sage publications.

Diamant, A. L., Hays, R. D., Morales, L. S., Ford, W., Calmes, D., Asch, S., ... & Sumner, G. (2004). Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *American journal of public health*, 94(5), 783–789.

Diener, E. (Ed.). (2009). *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (Vol. 39). Springer Science & Business Media.

Donabedian A. (1973) *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Harvard Press.

Elstad, J. I. (2016). Income inequality and foregone medical care in Europe during the Great Recession: Multilevel analyses of EU-SILC surveys 2008–2013. *Int J Equity Health*, 15(1). doi:10.1186/s12939-016-0389-6

Fujita, F., Smith, H., & Diener, E. (1993). Variations in anonymity and the validity of well-being reports. Manuscript submitted for publication.

Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology*, 13(1), 117.

Garcia-Subirats, I., Vargas, I., Sanz, B., Malmusi, D., Ronda, E.,

Ballesta, M. (2014). Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. *Int J Environ Res Public Health*, 11(10), 10182–10201. doi:10.3390/ijerph111010182

Garrett, B., Davidoff, A. J., & Yemane, A. (2003). Effects of Medicaid managed care programs on health services access and use. *Health Serv Res*, 38(2), 575–594.

Gentili, M., Harati, P., & Serban, N. (2016). Projecting the impact of the affordable care act provisions on accessibility and availability of primary care providers for the adult population in Georgia. *Am J Public Health*, 106(8), 1470–1476. doi:10.2105/AJPH.2016.303222

Gibbons, C., Bédard, M., & Mack, G. (2005). A comparison of client and mental health worker assessment of needs and unmet needs. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32(1), 95–104. doi:10.1007/BF02287331

Gross, D. A., Zyzanski, S. J., Borawski, E. A., Cebul, R. D., & Stange, K. C. (1998). Patient satisfaction with time spent with their physician. *Journal of Family Practice*, 47(2), 133–138.

Guest, G., Namey, E., & McKenna, K. (2017). How many focus groups are enough? Building an evidence base for nonprobability sample sizes. *Field methods*, 29(1), 3–22.

Haggerty, J. L., & Levesque, J. F. (2015). Development of a measure of health care affordability applicable in a publicly funded universal health care system. *Can J Public Health*, 106(2), 66–71.

Haggerty, J. L., Roberge, D., Lévesque, J. F., Gauthier, J., & Loignon, C. (2014). An exploration of rural - urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health & place*, 28, 92–98.

Han, K. T., Park, E. C., & Kim, S. J. (2016). Unmet healthcare

needs and community health center utilization among the low-income population based on a nationwide community health survey. *Health Policy*, 120(6), 630–637.

Harrison J.D., Young J. M., Butow P.N., Solomon M.J., 2013, Needs in health care: What beast is that?, *International Journal of Health Services* 42(4):567–585.

Heo, J., Oh, J., Kim, J., Lee, M., Lee, J. S., Kwon, S., ... & Kawachi, I. (2012). Poverty in the midst of plenty: unmet needs and distribution of health care resources in South Korea. *Plos one*, 7(11), e51004.

Hosmer Jr, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). Applied logistic regression (Vol. 398). John Wiley & Sons.

Huang, J., Birkenmaier, J., & Kim, Y. (2014). Job loss and unmet health care needs in the economic recession: Different associations by family income. *Am J Public Health*, 104(11), e178–e183. doi:10.2105/AJPH.2014.301998

Hwang, J., Guilcher, S. J., McIsaac, K. E., Matheson, F. I., Glazier, R., & O'Campo, P. (2017). An examination of perceived health care availability and unmet health care need in the City of Toronto, Ontario, Canada. *Can J Public Health*, 108(1), 7–13.

Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington(DC): National Academies Press

Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of education and health promotion*, 4.

Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making.

Patient education and counseling, 94(3), 291–309.

Karanikolos, M., Gordeev, V. S., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2016). Access to care in the Baltic States: did crisis have an impact? *Eur J Public Health*, 26(2), 236–241. doi:10.1093/eurpub/ckv205

Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health promotion international*, 16(3), 289–297.

Kim, J., Kim, T. H., Park, E. C., & Cho, W. H. (2015). Factors influencing unmet need for health care services in Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP2555–NP2569.

Kjeken, I., Dagfinrud, H., Mowinckel, P., Uhlig, T., Kvien, T. K., & Finset, A. (2006). Rheumatology care: involvement in medical decisions, received information, satisfaction with care, and unmet health care needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Care & Research*, 55(3), 394–401.

Ko, H. (2016). Unmet healthcare needs and health status: panel evidence from Korea. *Health Policy*, 120(6), 646–653.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*, 159–174.

Lasalvia, A., Bonetto, C., Malchiodi, F., Salvi, G., Parabiaghi, A., Tansella, M., & Ruggeri, M. (2005). Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychol Med*, 35(11), 1655–1665. doi:10.1017/S0033291705005611

LeBlanc, M., & Fitzgerald, S. (2000). Logistic regression for school psychologists. *School Psychology Quarterly*, 15(3), 344.

Lee, S. Y., Kim, C. W., Kang, J. H., & Seo, N. K. (2015). Unmet healthcare needs depending on employment status. *Health Policy*, 119(7), 899–906.

Lee, Y. K., Nam, H. S., Chuang, L. H., Kim, K. Y., Yang, H. K., Kwon, I. S., ... & Kim, Y. T. (2009). South Korean time trade-off

values for EQ-5D health states: modeling with observed values for 101 health states. *Value in Health*, 12(8), 1187–1193.

Leese, M., Johnson, S., Slade, M., Parkman, S., Kelly, F., Phelan, M., & Thornicroft, G. (1998). User perspective on needs and satisfaction with mental health services. PRiSM psychosis study 8. *British Journal of Psychiatry*, 173(NOV.), 409–415.

Legido-Quigley, H., Karanikolos, M., Hernandez-Plaza, S., de Freitas, C., Bernardo, L., Padilla, B., . . . McKee, M. (2016). Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy*, 120(7), 833–839. doi:10.1016/j.healthpol.2016.04.009

Levesque, J-F., Harris, M. F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18)

Lin, C. T., Albertson, G. A., Schilling, L. M., Cyran, E. M., Anderson, S. N., Ware, L., & Anderson, R. J. (2001). Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction?. *Archives of Internal Medicine*, 161(11), 1437–1442.

Marshall, E. G. (2011). Do young adults have unmet healthcare needs?. *Journal of Adolescent Health*, 49(5), 490–497.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.

Maslow, A., & Lewis, K. J. (1987). Maslow's hierarchy of needs. Salenger Incorporated, 14, 987.

McCall, S. (1976). Human needs and the quality of life. In *Values and the Quality of Life*, ed. J. King-Farlow and W. Shea. Science History Publications, New York.

McCarrier, K. P., Martin, D. P., Ralston, J. D., & Zimmerman, F. J. (2010). Associations between state minimum wage policy and health care access: a multi-level analysis of the 2004 Behavioral Risk Factor survey. *J Health Care Poor Underserved*, 21(2), 729–748. doi:10.1353/hpu.0.0284

McCarrier, K. P., Zimmerman, F. J., Ralston, J. D., & Martin, D. P. (2011). Associations between minimum wage policy and access to health care: evidence from the Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1996–2007. *Am J Public Health*, 101(2), 359–367. doi:10.2105/ajph.2006.108928

McDoom, M. M., Koppelman, E., & Drainoni, M. L. (2014). Barriers to Accessible Health Care for Medicaid Eligible People With Disabilities: A Comparative Analysis. *Journal of Disability Policy Studies*, 25(3), 154–163. doi:10.1177/1044207312469829

Miller, K. E. Rewarding employees. In *Essentials of Public Health Management*, ed. L. Fleming-Fallon and E. J. Zgodzinski. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, 2005.

Murray, C. J., & Frenk, J. (1999). A WHO framework for health system performance assessment. Evidence and Information for Policy, World Health Organization.

Oliver, A., & Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(8), 655–658.

Park, S., Kim, B., & Kim, S. (2016). Poverty and working status in changes of unmet health care need in old age. *Health Policy*, 120(6), 638–645.

Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T. R., & Feinstein, A. R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of clinical epidemiology*, 49(12),

1373-1379.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 127-140.

Philip, K. E., Alizad, V., Oates, A., Donkin, D. B., Pitsillides, C., Syddall, S. P., & Philp, I. (2014). Development of EASY-Care, for brief standardized assessment of the health and care needs of older people; with latest information about cross-national acceptability. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(1), 42-46. doi:10.1016/j.jamda.2013.09.007

Pineault, R., Borgès Da Silva, R., Provost, S., Fournier, M., Prud'homme, A., & Levesque, J. F. (2017). Do Gender-Predominant Primary Health Care Organizations Have an Impact on Patient Experience of Care, Use of Services, and Unmet Needs? *Inquiry*, 54. doi:10.1177/0046958017709688

Roth, D., & Crane-Ross, D. (2002). Impact of services, met needs, and service empowerment on customer outcomes. *Mental Health Services Research*, 4(1), 43-56. doi:10.1023/A:1014097109766

Ruger, J. (2010). Health capability: conceptualization and operationalization. *American journal of public health*, 100(1), 41-49.

Sandhu, H., Adams, A., Singleton, L., Clark-Carter, D., & Kidd, J. (2009). The impact of gender dyads on doctor - patient communication: a systematic review. *Patient education and counseling*, 76(3), 348-355.

Seok, H., Won, J. U., Lee, T. I., Kim, Y. W., Lee, W., Lee, J. H., ... & Yoon, J. H. (2016). A dose - response relationship between long working hours and unmet need for access to hospital facilities. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 42(2), 135-143.

Setia, M. S., Quesnel Vallee, A., Abrahamowicz, M., Tousignant,

P., & Lynch, J. (2011). Access to health care in Canadian immigrants: a longitudinal study of the National Population Health Survey. *Health & social care in the community*, 19(1), 70–79.

Sheaff, W. R. (2002). The need for health care. Routledge.

Silva, A., & Valentine, N. (2000). A framework for measuring responsiveness. Geneva: World Health Organization.

Smith, J., & Firth, J. (2011). Qualitative data analysis: the framework approach. *Nurse researcher*, 18(2), 52–62.

Strack, F., Schwarz, N., & Wanke, M. (1991). Semantic and pragmatic aspects of context effects in social and psychological research. *Social Cognition*, 9, 111–125.

Street, R. L., & Buller, D. B. (1987). Nonverbal response patterns in physician–patient interactions: A functional analysis. *Journal of Nonverbal Behavior*, 11(4), 234–253.

Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford University Press, USA.

Suh, H. S., & Lee, B. R.. (2014). Citizen Participation in the Healthcare Decision-Making Process: Review of Real Cases. *J Health Tech Assess*, 2(1), 19–25.

Sullivan M. (2016) The Patient as Agent of Health and Health Care: Autonomy in Patient-Centered Care for Chronic Conditions (1st Edition), Oxford University Press, London.

Thomas, D., & Diener, E. (1990). Memory accuracy in the recall of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 291–297.

Timpel, P., Lang, C., Wens, J., Contel, J. C., Gilis-Januszewska, A., Kemple, K., & Schwarz, P. E. (2017). Individualising chronic care management by analysing patients' needs - A mixed method approach. *International Journal of Integrated Care*, 17(6).

doi:10.5334/ijic.3067

Tulchinsky, T. H., and Varavikova, E. A. (2000). *The New Public Health: An Introduction for the 21st Century*. Academic, San Diego.

van der Eijk, M., Faber, M. J., Al Shamma, S., Munneke, M., & Bloem, B. R. (2011). Moving towards patient-centered healthcare for patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*, 17(5), 360-364.

Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor - patient communication: does it make a difference?. *Patient education and counseling*, 56(2), 139-146.

World Health Organization (2007). *People-centred health care: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.

Ybarra, M. L., & Suman, M. (2006). Help seeking behavior and the Internet: a national survey. *International journal of medical informatics*, 75(1), 29-41.

Young, A. F., Byles, J. E., & Dobson, A. J. (1998). Women's satisfaction with general practice consultations. *Medical Journal of Australia*, 168(8), 386-389.

Zygmunt, A., Asada, Y., & Burge, F. (2017). Is Team-Based Primary Care Associated with Less Access Problems and Self-Reported Unmet Need in Canada? *International Journal of Health Services*, 47(4), 725-751. doi:10.1177/0020731415595547

부 록

<부록 1> 미충족의료 설문지 1판 - 인지면접조사

ID	1	-				
----	---	---	--	--	--	--

[한국의 미충족의료 측정을 위한 조사]

안녕하십니까?

저는 한국소비자평가연구원 전문 조사원 ○○○입니다.

저희는 국무총리실 산하 국책연구기관인 한국보건사회연구원/서울대학교와 함께 의료불평등에 대한 조사를 실시하고 있습니다. 응답해주시는 내용은 다른 분들의 의견과 함께 통계 처리되어 의료불평등의 원인 파악 및 문제 해소를 위한 연구의 기초자료로 활용될 것입니다. 바쁘시지만 잠시 시간을 내어 응답해 주시면 감사하겠습니다.

본 조사에서 응답하신 내용은 통계법 제 33 조에 따라 개인정보 보호를 받을 수 있으며, 순수 연구목적으로만 사용될 것입니다. 본 조사가 성공적으로 완료될 수 있도록 모든 문항에 솔직하게 응답하여 주시기를 부탁드립니다. 귀중한 시간을 내어 조사에 참여해주셔서 고맙습니다.

2017년 6월 (주)한국소비자평가연구원

연구 : 유진호 센터장 (02-3279-2340) / 실사 : 임희선 연구원 (02-3279-2313)

이름		연락처	- -
성별	① 남 ② 여	나이	만 _____ 세 (* 만 19 세 미만 설문 중단)
주소	_____ 시도 _____ 시/군/구 _____ 읍/면/동		
시도(코딩용)	① 서울 ② 부산 ③ 대구 ④ 인천 ⑤ 광주 ⑥ 대전 ⑦ 울산 ⑧ 세종 ⑨ 경기 ⑩ 강원 ⑪ 충북 ⑫ 충남 ⑬ 전북 ⑭ 전남 ⑮ 경북 ⑯ 경남 ⑰ 제주		
도농(코딩용)	① 도시 ② 농촌	면접원	

I. 일반적 특성

문1. 귀하와 실제로 함께 거주하는 가족구성원은 어떻게 되십니까? (모두 응답)

- ① 배우자 ② 자녀 (명) ③ 부 ④ 모 ⑤ 조부 ⑥ 손자녀 (명)
⑦ 기타 _____

문2. 귀하의 현재건강상태는 전반적으로 어떻습니까?

- ① 매우 좋지 않다 ② 별로 좋지 않다 ③ 보통이다 ④ 좋은 편이다 ⑤ 매우 좋다

문3. 귀하께서는 정기적으로 병의원을 다니며 관리하는 질환을 가지고 계십니까?

- ① 예 ② 아니오

문4. 귀하께서 건강 문제가 생길 때 가장 먼저 방문하는 곳으로 선호하는 병원의 유형이 있으십니까?

- ① 대학병원(종합병원) ② 가까운 병원 ③ 가까운 의원 ④ 보건(지)소 ⑤ 없음

문5. 귀하께서는 국민건강보험 외에 민간의료보험을 가지고 계십니까?

- ① 예, 실비보험만 ② 예, 정액보험만 ③ 예, 실비와 정액보험 둘 다 ④ 아니오

문6. 귀하께서는 학교를 어디까지 다니셨습니까?

- ① 무학 ② 중졸 이하 ③ 고졸 이하 ④ 대학교 졸업 (전문대 포함) ⑤ 대학원 졸업

문7. 귀하의 월평균 소득은 어느 정도 되십니까? _____만원

※ 세전금액으로 같이 거주하는 가족의 근로소득금융소득, 연금 및 보험소득, 사회보장소득, 자녀 혹은 친척으로부터 정기적으로 받는 금전지원을 모두 포함하여 답해 주십시오.

문8. 귀하께서는 현재 일하고 계십니까?

- ① 정기적으로 일하고 있다(임금을 받는 상황) ➡ 문 9-1 로 이동
② 비정규직으로 일하고 있다(무보수 가족회사 근무 포함) ➡ 문 9-1 로 이동
③ 자영업을 하고 있다 ➡ II 영역으로 이동

- ④ 취업준비 및 구직 중이다 ☞ II 영역으로 이동
- ⑤ 경제활동을 하고 있지 않다(주부, 학업, 자녀양육, 퇴사, 장애 등) ☞ II 영역으로 이동

문 8-1. 귀하의 직업은 무엇입니까?

- ① 육체 노동직 ② 서비스·판매직 ③ 사무직 ④ 기타(직업군인)

II. 의료필요의 미충족 경험 일반

(지난 1년 간 / 치과치료, 치과검사는 제외)

<일반질문>

※ 일반질문과 세부질문 사이에는 중복되는 내용이 있을 수 있습니다.

문1. 귀하께서는 병의원 진료 또는 검사를 받아볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까?

- ① 예, 받지 못한 적이 한번이라도 있었음
- ② 아니오, 받지 못한 적이 한 번도 없었음
- ③ 병의원 진료 또는 검사가 필요한 적이 없었음

문2. 귀하께서 필요한 병의원 진료나 검사를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 무엇입니까? (한 가지만 응답)

- ① 경제적 이유(치료비용이 너무 많아서) ② 의료기관이 너무 멀어서
- ③ 거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 방문이 어려웠음
- ④ 아이를 봐줄 사람이 없어서 ⑤ 증세가 경미해서

- ⑥ 어디로 가야 할지 몰라서(정보부족) ⑦ 방문시간이 없어서
- ⑧ 빠른 시일 내에 예약이 되지 않아서
- ⑨ 나(또는 가족)의 건강상태를 잘 아는 주치의가 없어서
- ⑩ 기타 _____

<세부질문>

문3. 귀하께서는 검사 또는 상담이나 치료를 위해 병의원에 가거나 의사를 만나야겠다고 생각한 적이 있었습니까?

- ① 예, 한 번이라도 있었음 → 문 3-1 로 이동
- ② 아니오, 한 번도 없어서 병의원에 방문한적 없음 → **IV 영역으로 이동**

문 3-1. 다음 중 어떤 **의료필요**(건강 문제를 해결하고 싶었기) 때문이었습니까?

(중복응답 가능)

※ 여기서 **의료필요**란 본인이 주관적으로 판단했을 때 일반적 방법으로 해결이 어려워 병원에서 제공하는 검사, 진료와 상담, 치료 등이 필요하다고 인식한 것을 말합니다. 이 때, 증상이 경미하여 굳이 가지 않아도 큰 문제는 없을 것으로 판단했던 경우는 제외합니다.

※ 이후 II 와 III 영역의 모든 질문에 답하실 때 문 3-1 에서 응답하신 의료필요에 대한 경험을 기초로 하여 응답해주시기 바랍니다.

- ① 고혈압이나 당뇨와 같이 정기적으로 관리해야 하는 경우
- ② 증상이 갑자기 발생하거나 점점 심해져 자가치료로는 부족하다고 느낀 경우
- ③ 궁금하거나 불안하여 상담이나 검사를 받아보고 싶었던 경우
- ④ 특별한 증상은 없지만 일상적인 건강검진을 위해서
- ⑤ 응급실에 가거나 119 를 불러야 했을 정도의 위급한 경우

⑥ 기타 _____

문4. 귀하께서는 병의원을 선택하고 찾아가는 데에 어려웠던 경험이 있었습니까?

- ① 예 ☞ 문 4-1로 이동 ② 아니오 ☞ 문 5로 이동

문 4-1. 그 이유는 무엇이었습니까? (중복응답 가능)

- ① 무슨 과를 가야 하는지 몰라서
② 어떤 병의원을 가야 할지 잘 몰라서
③ 병의원을 방문하는데 드는 비용이 부담되어서
④ 이동수단이 마땅치 않아서
⑤ 병의원을 방문하는데 필요한 시간을 내기가 부담되어서
⑥ 어디를 가야 하는지 알고 있으나 마땅히 갈 만한 병원이 없어서
⑦ 기타 _____

문5. 귀하께서는 병원에서 검사 또는 상담과 치료를 받는 과정에서 불만족스러웠던
경험이 있었습니까?

- ① 예 ☞ 5-1로 ② 아니오 ☞ 6으로

문 5-1. 그 이유는 무엇이었습니까? (중복응답 가능)

- ① 의사의 말이나 행동 때문에 (신뢰하기 어려움, 무책임함, 기계적, 환자에 대한
배려 없음 등)
② 충분한 설명을 듣지 못했기 때문에
③ 의료진(병원직원 포함)이 불친절(사무적 태도)했기 때문에
④ 시간이 너무 오래 걸렸기 때문에
⑤ 검사, 치료를 받는 절차와 과정이 너무 복잡하거나 어려웠기 때문에
⑥ 기타 _____

문6. 귀하께서는 병의원을 다녀온 후 결과적으로 만족스럽지 않았던 경험이 있었습니까?

- ① 예 ☞ 문 6-1 로 이동 ② 아니오 ☞ 영역 III 으로 이동

문 6-1. 그 이유는 무엇이었습니까? (중복응답 가능)

- ① 오진(잘못 진단하였거나 진단 못함) 때문에
② 치료 효과가 없었기 때문에
③ 충분한 설명을 듣지 못한 것 때문에
④ 치료결과와 상관 없이 의료과정에서 기분이 나빴기 때문에
⑤ 생각보다 과도한 의료비가 든 것 같아서
⑥ 기타_____

문7. (문 5 또는 문 6 문항에서 ① 이라고 응답한 경우에만) 귀하께서는 이용한 의료가 불만스러웠을 때, 다음과 같은 행동을 취해본 적이 있습니까? (중복응답 가능)

- ① 의사나 병의원에 불만을 제기
② 감시기관이나 제도를 통한 대응
③ 다른 의료(병의원)를 추가로 이용
④ 아무것도 하지 않고 넘어감
⑤ 기타_____

III. 영역별 미충족의료 (지난 1 년 간)

<의료 선택과 찾아가기>

※ 다음은 귀하께서 건강문제가 발생했음을 인식하고나서 **어떤 병의원을 갈지 찾아보고 선택한 후 찾아가는(이동) 과정**에서 경험하거나 느낀 것에 대해 묻는 문항입니다.

- 문1. 찾아가기 부담스럽지 않은 거리에 믿을 만한 동네 병의원이 충분히 있습니까?
- 문2. 본인이나 가족 중 누군가가 갑자기 아플 때 언제든지(365일 24시간) 찾아갈 수 있는 병의원을 알고 계십니까?
- 문3. 선택한 병의원을 방문하려 할 때 아무 부담 없이 이동할 수 있으셨습니까?
- 문4. 건강문제가 발생했을 때 어떤 병의원을 찾아가야 할지를 고민한 적이 있으십니까?
- 문5. 건강문제가 발생했지만 비용이 걱정되어 병의원에 가지 못한 경험이 있습니까?
- 문6. 건강문제가 발생했지만 본인이 맡은 일을 중단하거나 쉴 수 없었기 때문에 병의원에 가지 못한 경험이 있습니까?

	매우 그렇다	그런 편이다	보통이다	아닌 편이다	거의 아니다
문 1	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 3	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 5	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 6	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

<의료 이용 과정>

※ 다음은 귀하께서 병의원에 찾아가 **검사나 치료를 받는 과정**에서 발생한 경험이나 느낀 것에 대해 묻는 문항입니다.

- 문7. 그다지 신뢰가 가지 않는 병의원에 여건상 어쩔 수 없이 가게 된 경험이 있으십니까?

- 문8. 본인이 받는 검사와 치료에 대한 정보를 어느 정도나 이해할 수 있으셨습니까?
- 문9. 본인이 받는 검사나 치료에 대해 궁금한 것이 생기면 물어 보셨습니까?
- 문10. 본인이 받는 검사나 치료에 대해 궁금한 것을 물어 보았을 때 충분한 대답을 들으셨습니까?
- 문11. 진료 도중 빨리 내보내려고 한다는 느낌을 받은 경험이 있으십니까?
- 문12. 불필요한 검사나 치료를 권유한다는 느낌을 받은 경험이 있으십니까?
- 문13. 검사나 상담, 치료를 받을 때 차별 받는다는 느낌을 받은 경험이 있으십니까?
- 문14. 비용이 부담스러워서 권고 받은 검사나 치료를 줄이거나 달리 선택한 경험이 있으십니까?
- 문15. 시간을 더 쓸 수가 없어서 권고 받은 검사나 치료를 줄이거나 포기한 경험이 있으십니까?

	매우 그렇다	그런 편이다	보통이다	아닌 편이다	거의 아니다
문 7	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 8	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 9	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 10	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 11	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 12	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 13	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 14	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 15	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

<의료 이용 결과 >

※ 다음은 병원에서 **검사, 상담이나 치료**가 모두 완료된 후에 귀하께서 경험하거나 느낀 것들에 대해 묻는 문항입니다.

- 문16. 오진을 경험해본 적이 있습니까?
- 문17. 치료 효과가 부족하다고 느낀 적이 있습니까?
- 문18. 치료나 수술 이후의 사후 관리에 대해 충분한 설명을 들었습니까?

- 문19 설명을 듣지 않은 부작용이나 후유증을 경험한 적이 있습니까?
- 문20 의료비가 예상과 다르게 많이 나왔다고 느낀 적이 있습니까?
- 문21 병의원의 행정상 오류를 경험해본 적이 있습니까?
- 문22 어떤 증상을 해결하기 위해 여러 병의원을 돌아다녀야 했던 경험이 있습니까?
- 문23 더 큰 병원에 갈 걸 그랬다는 후회를 해본 경험이 있습니까?

	매우 그렇다	그런 편이다	보통이다	아닌 편이다	거의 아니다
문 16	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 17	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 18	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 19	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 20	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 21	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 22	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 23	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

IV. 의료필요 충족을 위한 자원 (기간을 한정하지 않음)

- 문1. 귀하께서는 병의원을 찾고 이용하는데 도움을 요청할 수 있을 만한 아는 의료인(병원 직원 포함)이 있습니까?
- ① 가족이나 가까운 친척이 있다
 - ② 부탁이 부담스럽지 않을 정도로 가까운 지인이 있다
 - ③ 부담스럽지만 필요하면 부탁할 수 있는 지인이 있다
 - ④ 직접 아는 사람은 없으나 간접적으로 부탁해볼 수 있다
 - ⑤ 전혀 없다

⑥ 기타_____

문2. 귀하께서는 건강문제나 질병이 생겼을 때 병의원 이용과 관련하여 어디에서 가장 많은 정보를 얻습니까?

① TV, 라디오 와 같은 대중매체

② 인터넷 검색

③ 지인의 의견(비의료인)

④ 지인의 의견(의료인)

⑤ 기타_____

<의료필요 미충족에 대한 대응 가능성>

문3. 귀하께서는 병의원의 검사나 치료가 만족스럽지 않았을 때 금방 찾아갈 수 있는 다른 병의원이 있습니까?

문4. 귀하께서는 병의원에 불만을 제기할 수 있는 방법을 알고 계십니까?

문5. 귀하께서는 불만사항을 시정하기 위해 병의원보다 상위 기관에 민원을 제기할 수 있는 경로를 아십니까?

문6. 귀하께서는 질병의 검사와 치료에 대해 충분한 설명을 듣는 것은 환자의 우선적인 권리라고 생각하십니까?

	매우 그렇다	그런 편이다	보통이다	아닌 편이다	거의 아니다
문 3	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 5	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
문 6	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

<부록 2> 미충족의료 설문지 2판 - 1차 조사

ID	1	-				
----	---	---	--	--	--	--

[한국의 미충족의료 측정을 위한 조사]

안녕하십니까?

저는 한국소비자평가연구원 전문 조사원 ○○○ 입니다.

저희는 국무총리실 산하 국책연구기관인 한국보건사회연구원/서울대학교와 함께 의료이용과 불만족 경험에 대한 조사를 실시하고 있습니다. 응답해주시는 내용은 다른 분들의 의견과 함께 통계 처리되어 의료불평등의 원인 파악 및 문제 해소를 위한 연구의 기초자료로 활용될 것입니다. 바쁘시지만 잠시 시간을 내어 응답해 주시면 감사하겠습니다.

본 조사에서 응답하신 내용은 통계법 제 33 조에 따라 개인정보 보호를 받을 수 있으며, 순수 연구목적으로만 사용될 것입니다. 본 조사가 성공적으로 완료될 수 있도록 모든 문항에 솔직하게 응답하여 주시기를 부탁드립니다. 귀중한 시간을 내어 조사에 참여해주셔서 고맙습니다.

2017 년 8 월 (주)한국소비자평가연구원

연구 : 유진호 센터장 (02-3279-2340) / 실사 : 임희선 연구원 (02-3279-2313)

이름		연락처	- -
성별	① 남 ② 여	나이	만_____세 (※ 만 19 세 미만 설문 중단)
주소	_____시도 _____시/군/구 _____읍/면/동		
시도(코딩용)	① 서울 ② 부산 ③ 대구 ④ 인천 ⑤ 광주 ⑥ 대전		
도농(코딩용)	① 도시 ② 농촌	면접원	

A. 주관적 건강과 의료이용

문1. 귀하께서는 요즘 본인의 건강상태가 어떠하다고 생각하십니까?

① 매우 좋다 ② 좋다 ③ 보통이다 ④ 나쁘다 ⑤ 매우 나쁘다

문2. 아래의 각 문항에서, 요즘 귀하의 건강 상태를 가장 잘 설명해주는 하나의 항목에 표시해 주십시오.

	나는 걷는데 지장이 없다	나는 걷는데 다소 지장이 있다	나는 종일 누워있어야 한다
(1) 운동능력	①	②	③

(2) 자기관리	나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다	나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다	나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수 없다
	①	②	③
(3) 일상활동 (예: 일, 공부, 가사일, 여가활동 등)	나는 일상활동을 하는데 지장이 없다	나는 일상 활동을 하는데 다소 지장이 있다	나는 일상활동을 할 수가 없다
	①	②	③
(4) 통증/불편	나는 통증이나 불편감이 없다	나는 다소 통증이나 불편감이 있다	나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다
	①	②	③

문3. 귀하께서는 기초생활보장 수급권자로서 의료급여를 받고 계십니까?

- ① 예 (1, 2 중 포함) ② 아니오 (건강보험-직장) ③ 아니오 (건강보험-지역)
 ③ 아니오, 건강보험과 의료급여 어느 쪽도 받지 않고 있음(건강보험 미가입, 급여중지상태)

문 3-1. 귀하께서는 국민건강보험 외에 민간의료보험을 가지고 계십니까?

- ※ 실손형 의료보험은 의료실비보험으로도 불리며, 환자가 실제 부담한 의료비(본인부담금) 중 일정 비율을 보장받는 민간보험입니다.
 ※ 정액형 보험은 질병보험, 암보험, 상해보험등을 포함하여 질병이나 상해로 인한 의료이용 발생시 진단 또는 수술 등에 대해 사전에 계약한 금액을 보상받는 민간보험입니다.

- ① 예, 실손형 보험만 ② 예, 정액형 보험
 ③ 예, 실손형 보험과 정액형 보험 둘 다 ④ 아니오

문4. 귀하께서는 같은 증상 또는 건강문제를 경험할 때, 남들과 비교하여 병의원에 잘 가는 편이십니까, 아니면 가지 않는 편이십니까?

- ① 매우 잘 가는 편이다 ② 비교적 잘 가는 편이다 ③ 보통이다
 ④ 비교적 가지 않는 편이다 ⑤ 거의 가지 않는 편이다

문5. 귀하의 경험에 의하면, 요즘 한국에서 적절한 병의원을 찾고 진료받는 과정이 예전에 비해 더 좋아졌다고 생각하십니까?

- ① 매우 좋아졌음 ② 좋아진 편임 ③ 바뀌지 않았음
 ④ 나빠진 편임 ⑤ 매우 나빠졌음

문1. 지난 1 년 간, 귀하께서는 검사 또는 상담이나 치료를 위해 병의원에 가거나 의사를 만나야 하겠다고 생각한 적이 있었습니까?

① 예 ② 아니오 → [D. 의료필요 충족을 위한 자원]으로 이동

- ① 증상이 점점 심해져 참고 견디기 힘들어져서
- ② 고혈압이나 당뇨와 같이 투약이나 검사를 정기적으로 하는 것 때문에
- ③ 상태가 궁금하거나 불안하여 상담이나 검사, 건강검진을 받아보고 싶어서
- ④ 특별한 증상은 없지만 일상적인 건강검진을 위해서
- ⑤ 가볍지 않은 질병을 알게 되어 수술이나 입원을 권고 받았던 일 때문에
- ⑥ 응급실에 가거나 119 를 불러야 했을 정도의 위급한 일이 생겨서
- ⑦ 예방적 의료를 이용하기 위해(예방접종, 여행 전 상담 등)
- ⑧ 기타 _____

- ① 예, 받지 못한 적이 한번이라도 있었음 ➡ 문 2-1로 이동
- ② 아니오, 받지 못한 적이 한 번도 없었음 ➡ 문 3로 이동
- ③ 병의원 진료 또는 검사가 필요한 적이 없었음 ➡ 문 3로 이동

① 경제적 이유(치료비용이 너무 많아서) ② 의료기관이 너무 멀어서
③ 거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 방문이 어려웠음
④ 아이를 봐줄 사람이 없어서 ⑤ 증세가 경미해서
⑥ 어디로 가야 할지 몰라서(정보부족) ⑦ 방문시간이 없어서
⑧ 빠른 시일 내에 예약이 되지 않아서
⑨ 나(또는 가족)의 건강상태를 잘 아는 주치의가 없어서
⑩ 기타 _____

문 3-2 에서 응답하셨는데요, 그 이유 때문에 아래의 경험을 얼마나 자주 겪으셨습니까?

문5. 지난 1 년간, 귀하께서는 병의원을 다녀온 후에도 여전히 만족스럽지 않았던 경험이 있으십니까?

- ① 예 ➡ 문 5-1 로 이동 ② 아니오 ➡ [C. 미충족의료 경험-단축형]으로 이동

문 5-1. [문 5 에 ① 응답자만] 당시에 어떤 이유로 병의원을 다녀오셨습니까?

※ 여러 번 경험한 경우 가장 최근의 일 한 가지만 응답

- ① 증상이 점점 심해져 자가치료로는 부족하다고 느낀 경우
 ② 고혈압이나 당뇨와 같이 투약이나 검사를 위해 정기적으로 병의원을 방문 하는 경우
 ③ 상태가 궁금하거나 불안하여 상담이나 검사, 건강검진을 받아보고 싶었던 경우
 ④ 특별한 증상은 없지만 일상적인 건강검진을 위해서
 ⑤ 가볍지 않은 질병으로 수술이나 입원을 했던 경우
 ⑥ 응급실에 가거나 119 를 불러야 했을 정도의 위급한 경우
 ⑦ 예방적 의료를 이용하기 위해(예방접종, 여행 전 상담 등)
 ⑧ 기타 _____

문 5-2. [문 5 에 ① 응답자만] 만족스럽지 않았던 가장 중요한 이유는 무엇이었습니까? (한 가지)

- ① 검사나 치료 효과가 기대에 미치지 못했기 때문에(원인 파악, 증상 완화, 통증 조절 등)
 ② 예방이나 사후관리(주의사항, 예상되는 결과, 재발 가능성 등)에 대해 충분한 설명을 듣지 못했기 때문에
 ③ 불안함과 궁금함이 여전히 남아있어서
 ④ 의료진(병원직원 포함)과의 접촉 중 불편한 경험을 해서(무시, 모멸감 등)
 ⑤ 불필요한 검사나 치료를 받은 것 같아서(과도한 상업성이 느껴져서)
 ⑥ 기타 _____

문 5-3. [문 5 에 ① 응답자만] 병의원을 다녀온 후에도 여전히 만족스럽지 못한 이유를 앞 문항인 문 5-2 에서 응답하셨는데요, 그 이유 때문에 아래와 같은 일이 얼마나 자주 발생했습니까?

	거의 항상	자주	종종	드물게	거의없음
(1) 다른 병의원이나 의사를 새로 찾아보고 방문해야 했음	①	②	③	④	⑤

※ 다음 영역은 설문지 목적에 따라 반복되는 요약 질문을 드릴 것입니다. 조금 불편하시더라도 질문을 잘 읽어주시고 끝까지 응답 부탁 드립니다.

C. 의료필요의 미충족 경험 - 단축영
(치과치료, 치과검사는 제외 / 한의원, 한방병원은 포함)

문1. 지난 1 년간, 귀하께서는 병의원에 가거나 의사를 만나야 하겠다고 생각했지만, 병의원을 선택하고 찾아가는 것이 어려워서 다음 경험을 한 적이 있었습니까?

- ① 필요한 때에 가지 못하고 늦추어짐 ➡ 문 1-1 로 이동
- ② 결국 가지 못함 ➡ 문 1-1 로 이동
- ③ 병의원 선택과 방문이 어려운 적이 없었음 ➡ 문 2 로 이동

문 1-1. 지난 1 년간, 병의원 방문이 늦추어지거나 가지 못했던 가장 중요한 이유는 무엇이었습니까? (한 가지)

- ① 어디를 가야 할지 몰라서(정보 부족)
- ② 근처에 마땅한 병의원이 없어서
- ③ 혼자서 병의원에 가기가 어려워서
- ④ 의료비가 걱정되어서(경제적 부담)
- ⑤ 병의원 운영시간에 맞추어 시간을 내기가 어려워서
- ⑥ 기타 _____

문2. 지난 1 년간, 귀하께서는 병의원에 가기는 했으나 기대한 것에 비해 검사 또는 상담과 치료를 제대로(또는 충분히) 받지 못했던 적이 있었습니까?

- ① 예 ➡ 문 2-1 로 이동
- ② 아니오 ➡ 문 3 으로 이동

문 2-1. 지난 1 년간, 병의원에 가기는 했으나 기대에 비해 검사나 상담과 치료를 제대로(또는 충분히) 받지 못했다고 느낀 가장 중요한 이유는 무엇입니까? (한 가지)

- ① 의료진(병원직원 포함)의 태도(불친절, 불성실 등)나 행동 때문에(설명 부족 등)
- ② 병의원의 시설이나 진료 환경이 환자에게 편안하게 되어 있지 않아서
- ③ 의료비가 생각보다 너무 많이 나와서
- ④ 기다린 시간에 비해 진료시간이 짧아서
- ⑤ 기타 _____

문3. 지난 1 년간, 귀하께서는 병의원을 다녀온 후에도 여전히 만족스럽지 않았던 경험이 있으십니까?

- ① 예, 만족스럽지 않았으나 다른 병의원은 찾지 않았음 ➡ 3-1 로 이동
- ② 예, 만족스럽지 않아서 다른 병의원을 방문함 ➡ 3-1 로 이동
- ③ 아니오 ➡ [D. 의료필요 충족을 위한 자원]으로 이동

문 3-1. 지난 1 년간, 병의원 방문 후에도 여전히 만족스럽지 않았던 **가장 중요한** 이유는 무엇입니까? (한 가지)

- ① 검사나 치료를 받은 후에도 찾아간 문제가 제대로 해결되지 않거나 기대에 못미쳐서
- ② 불안함과 궁금함이 여전히 남아있어서
- ③ 의료진(병원직원 포함)과의 접촉 과정에서 불쾌한 경험이 있었기 때문에(무시, 모멸 등)
- ④ 과잉검사, 과잉진료 등 너무 상업적이라는 느낌을 받아서
- ⑤ 기타 _____

D. 의료필요 충족을 위한 자원 (기간을 한정하지 않음)

문1. 귀하께서는 병의원을 찾아보고 이용하는데 도움을 요청할 수 있을 만한 아는 의료인(병원 직원 포함)이 있습니까? (한 가지)

- ① 가족이나 가까운 친척 중 의료인이 있다
- ② 부탁이 부담스럽지 않을 정도로 가까운 관계인 의료인이 있다
- ③ 부담스럽지만 필요하면 부탁할 수 있는 관계인 의료인이 있다
- ④ 직접 아는 의료인은 없으나 간접적으로 부탁해볼 수 있다
- ⑤ 전혀 없다
- ⑥ 기타 _____

문2. 귀하께서 건강문제나 질병이 생겼을 때 병의원 이용과 관련하여 **가장 자주** 이용하는 정보원은 무엇입니까? (한 가지만)

- ① TV, 라디오 와 같은 대중매체
- ② 인터넷 검색(예: 네이버 지식인)
- ③ 공신력 있는 정보(예: 심사평가원의 병원정보)
- ④ 지인의 의견(비의료인)
- ⑤ 지인의 의견(의료인)
- ⑥ 기타 _____

문 3. 다음은 의료 필요를 기대만큼 충족하지 못했을 때 대응 가능성을 묻는 질문입니다.

	매우 그렇다	그런 편이다	보통 이다	아닌 편이다	거의 아니다
(1) 지금 다니는 병의원에 불만이 있다면 갈 수 있는 다른 병의원이 주변에 충분히 있다	①	②	③	④	⑤

- 받은 검사/치료와 그 설명이
- (2) 불만족스럽다면 추가/개선을 요구하거나 ① ② ③ ④ ⑤
불만을 제기한다

E. 일반적 특성

문 1. 귀하께서 최종적으로 교육받으신 학교는 어떻게 되십니까?

- ① 무학 ➡ 문 2 로 ② 초등학교 ③ 중학교 ④ 고등학교
⑤ 전문대 (2~3 년제) ⑥ 대학교 (4 년제) ⑦ 대학원

문1-1. [문1에서 ①을 제외한 응답자] 귀하의 졸업상태는 어떻게 되십니까?

- ① 중퇴 ② 재학 ③ 졸업

문2. 귀하의 현재 취업상태는 어떻게 되십니까?

※ 직업군인은 ①번으로, 의무복무군인은 ③번으로 응답
아르바이트, 프리랜서, 무급가족종사자가 일주일에 18시간 또는 하루 평균 3-4시간 일하는
경우 경제활동을 하고 있는 것으로 보고 ①번으로 응답

- ① 취업/재직 중 ➡ 문2-1로 이동
② 취업준비 및 구직 중 ➡ 문3으로 이동
③ 학업·양육·가사·퇴직 등으로 경제활동을 하지 않음 ➡ 문3으로 이동

문2-1. [문2에서 ① 응답자] 귀하의 직업은 무엇입니까?

※ 생산직: 단순노무 종사자, 기능원 및 관련 기능 종사자, 장치·기계 조작 및 조립 종사자,
농림어업 종사자
서비스·판매직: 서비스 종사자, 판매 종사자
사무직: 사무 종사자, 전문가 및 관련 종사자, 관리자
기타: 직업 군인, 종교관련 종사자 등

- ① 생산직 ② 서비스·판매직 ③ 사무직 ④ 기타

문2-2. [문2에서 ① 응답자] 귀하의 종사상 지위는 무엇입니까?

- ① 고용계약기간 1년 이상 또는 정해진 채용 절차에 따라 입사한 상용근로자
② 고용계약기간 1개월 이상 ~ 1년 미만의 임시근로자
③ 고용계약기간 1개월 미만 또는 일일 단위의 일용근로자
④ 고용원이 있는 자영업자
⑤ 고용원이 없는 자영업자
⑥ 무급가족 종사자(임금을 받지 않고 가족이나 친인척 사업장에서 정규근로시간의 1/3 이상 근무)

문 3. 귀댁의 월평균 가구소득은 어느 정도 되십니까?

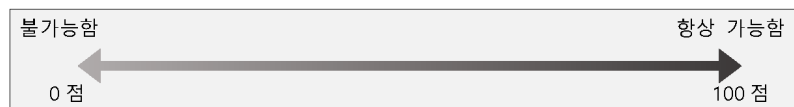
※ 세전금액으로 같이 거주하는 가족의 근로소득·금융소득, 연금 및 보험소득, 사회보장소득,
자녀 혹은 친척으로부터 정기적으로 받는 금전지원을 모두 포함하여 답해 주십시오.

문 3-1. 귀댁의 가구원은 귀하를 포함하여 총 몇 명이십니까? (_____명)

- ① 100만원 이하 ② 101~200만원 ③ 201~300만원 ④ 301~400만원
⑤ 401~500만원 ⑥ 501~600만원 ⑦ 601~700만원 ⑧ 701~800만원
⑨ 801~900만원 ⑩ 901~1,000만원 ⑪ 1,000만원 이상

문 4. 귀하께서는 평소에 시간을 얼마나 자유롭게 낼 수 있으십니까?

※ 아래 그림을 참고하여 점수로 응답해주시시오. (_____점)



[설문에 응답해주셔서 감사합니다]

<부록 3> 미충족의료 설문지 3판 - 2차 조사

ID	1	-				
----	---	---	--	--	--	--

[한국의 미충족의료 측정을 위한 조사]

성별	① 남 ② 여	나이	만 _____ 세 (※ 만 19 세 미만 설문 중단)
주소	_____ 시도 _____ 시/군/구 _____ 읍/면/동		
시도(코딩용)	① 강원 춘천시 ② 강원 홍천군 ③ 경기 남양주시 ④ 경기 양평군 ⑤ 경남 함안군 ⑥ 경북 영천시 ⑦ 전남 나주시 ⑧ 전남 담양군 ⑨ 충남 공주시 ⑩ 충북 증평군		
도농(코딩용)	① 시 ② 군	면접원	

<선별 질문입니다>

- SQ1 지난 1 년 간, 귀하께서는 검사 또는 상담이나 치료를 위해 병의원에 방문하여 의사를 만나야 하겠다고 생각한 적이 있었습니까? (방문을 했던 경우도 포함)
 ※ 스스로 생각하셨을 때 증상이 경미하여 굳이 병의원을 방문하지 않아도 괜찮을 것으로 판단하신 경우는 '아니오'에 해당합니다.
- ① 예 ➡ 다음 문항 ② 아니오 ➡ 설문 중단
- SQ1_1 무엇 때문에 그렇게 생각하십니까? (모두 응답)
- ① 증상이 점점 심해져 참고 견디기 힘들어져서
 ② 고혈압이나 당뇨와 같이 투약이나 검사를 정기적으로 하는 것 때문에
 ③ 상태가 궁금하거나 불안하여 상담이나 검사, 건강검진을 받아보고 싶어서
 ④ 특별한 증상은 없지만 일상적인 건강검진을 위해서
 ⑤ 가볍지 않은 질병을 알게 되어 수술이나 입원을 권고 받았던 일 때문에
 ⑥ 응급실에 가거나 119 를 불러야 했을 정도의 위급한 일이 생겨서
 ⑦ 예방적 의료를 이용하기 위해(예방접종, 여행 전 상담 등)
 ⑧ 기타 _____

A

삶의 질과 의료

문1. 귀하께서는 요즘 본인의 건강상태가 어떠하다고 생각하십니까?

- ① 매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통 ④ 나쁨 ⑤ 매우 나쁨

문2. 아래의 각 문항에서, 요즘 귀하의 건강 상태를 가장 잘 설명해주는 하나의 항목에 표시해 주십시오.

	나는 걷는데 지장이	나는 걷는데 다소 지장이	나는 종일 누워있어야
(1) 운동능력	없다	있다	한다

(2) 병원과 의사는 믿을 만하다 ① ② ③ ④ ⑤

문 6. 귀하는 자기 잘못으로 생명이 위태로울 정도로 크게 다쳐 응급 치료를 받고 큰 비용을 부담하게 되었다고 가정할 때, 사회와 개인이 비용 부담 책임을 나누어져야 한다면 개인이 져야 할 책임이 몇 %나 된다고 생각하십니까?

※ 아래 그림을 참고하여 0%에서 100% 사이로 응답해주시시오. (_____ %)



문 7. 귀하는 한국 사회에서 불평등이 얼마나 심하다고 생각하십니까?

① 매우 심함 ② 심한 편 ③ 보통 ④ 없는 편 ⑤ 거의 없음

B

의료필요의 미충족 경험

(치과치료, 치과검사는 제외 / 한의원, 한방병원은 포함)

문 1. 지난 1년간, 병의원 진료 또는 검사를 받아볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까? ※ 치과치료, 치과검사 제외

- ① 예, 받지 못한 적이 한번이라도 있었음 ➡ 문 1-1로 이동
 ② 아니오, 받지 못한 적이 한 번도 없었음 ➡ 문 2로 이동
 ③ 병의원 진료 또는 검사가 필요한 적이 없었음 ➡ 문 2로 이동

문 1-1. 지난 1년간, 필요한 병의원 진료나 검사를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 무엇입니까?

(한 가지만 응답)

- ① 경제적 이유(치료비용이 너무 많아서) ② 의료기관이 너무 멀어서
 ③ 거동이 불편해서 혹은 건강상의 이유로 방문이 어려웠음
 ④ 아이를 봐줄 사람이 없어서 ⑤ 증세가 경미해서
 ⑥ 어디로 가야 할지 몰라서(정보부족) ⑦ 방문시간이 없어서
 ⑧ 빠른 시일 내에 예약이 되지 않아서
 ⑨ 나(또는 가족)의 건강상태를 잘 아는 주치의가 없어서
 ⑩ 기타 _____



문 2. 지난 1 년간, 귀하께서는 병의원에 가거나 의사를 만나야 하겠다는 생각을 한 후 병의원을 선택하고 찾아가는 과정에서 고민했던 적이 있었습니까?

- ① 예 ➡ 문 2-1 로 이동 ② 아니오 ➡ 문 3 으로 이동

문 2-1. [문 2 의 ① 응답자만] 당시에 어떤 이유로 병의원을 방문하고자 하셨습니까?

※ 여러 번 경험한 경우 가장 최근의 일 한 가지만 응답

- ① 증상이 점점 심해져 참고 견디기 힘들어진 경우
 ② 고혈압이나 당뇨와 같이 투약이나 검사를 정기적으로 하던 중 병의원을 바꾸려 했던 경우
 ③ 상태가 금금하거나 불안하여 상담이나 검사, 건강검진을 받아보고 싶었던 경우
 ④ 특별한 증상은 없지만 일상적인 건강검진을 위해서
 ⑤ 가볍지 않은 질병을 발견하여 수술이나 입원을 권고 받았던 경우
 ⑥ 응급실에 가거나 119 를 불러야 했을 정도의 위급한 경우
 ⑦ 예방적 의료를 이용하기 위해(예방접종, 여행 전 상담 등)
 ⑧ 기타 _____

문 2-2. [문 2 의 ① 응답자만] 당시 고민을 하게 된 가장 중요한 이유는 무엇이었습니까?

(한 가지)

- ① 무슨 전공과목(예: 피부과, 정형외과, 신경과 등) 을 찾아가는 것이 맞는지 몰라서
 ② 병의원 중에서 어느 곳을 선택하는 것이 좋을지 잘 몰라서
 ③ 근처에 갈 만한(갈 수 있는) 병원이 없어서
 ④ 혼자서 병원에 가기가 어려워서
 ⑤ 갈 수 있는 시간대에 병의원이 운영하지 않거나 예약하기 어려워서
 ⑥ 의료비가 걱정되어서
 ⑦ 기타 _____

문 2-3. [문 2 에 ① 응답자만] 병의원 선택 및 방문과정에서 고민하셨던 이유를 앞 문항인

문 2-2 에서 응답하셨는데요, 그 이유 때문에 아래의 경험을 얼마나 자주 겪으셨습니까?

		거의 항상	자주	종종	드물게	거의 없음
(1)	방문이 늦추어짐	①	②	③	④	⑤
(2)	결국 가지 못함	①	②	③	④	⑤

문 3. 지난 1 년간, 귀하께서는 병의원을 이용(검사, 상담, 치료 등)하는 과정에서 불만족스러웠던 경험이 있었습니까?

- ① 예 ➡ 문 3-1 로 이동 ② 아니오 ➡ 문 4 로 이동

문 3-1. [문 3 에 ① 응답자만] 당시에 어떤 이유로 병의원을 방문하셨습니다?

※ 여러 번 경험한 경우 가장 최근의 일 한 가지만 응답

- ① 증상이 점점 심해져 자가치료로는 부족하다고 느낀 경우
 ② 고혈압이나 당뇨와 같이 투약이나 검사를 위해 정기적으로 병의원을 방문해야 하는 경우
 ③ 상태가 궁금하거나 불안하여 상담이나 검사, 건강검진을 받아보고 싶었던 경우
 ④ 특별한 증상은 없지만 일상적인 건강검진을 위해서
 ⑤ 가볍지 않은 질병으로 수술이나 입원을 했던 경우
 ⑥ 응급실에 가거나 119 를 불러야 했을 정도의 위급한 경우
 ⑦ 예방적 의료를 이용하기 위해(예방접종, 여행 전 상담 등)
 ⑧ 기타 _____

문 3-2. [문 3 에 ① 응답자만] 당시 불만족스러웠던 가장 중요한 이유는 무엇이었습니까?

(한 가지)

- ① 의료진(병원직원 포함)의 태도 때문에 (무책임, 불친절, 배려 없음 등)
 ② 검사나 치료에 대한 충분한 설명을 듣지 못했기 때문에
 ③ 병원의 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어져 있지 않아서
 ④ 검사, 치료를 받는 절차와 과정이 너무 복잡하거나 어려웠기 때문에
 ⑤ 의료비가 예상보다 너무 많이 나와서
 ⑥ 기다린 시간에 비해 충분한 시간 동안 진료를 받지 못해서
 ⑦ 기타 _____

문 3-3. [문 3 에 ① 응답자만] 병의원을 이용하는 과정에서 불만족스러우셨던 이유를 앞 문항인 문 3-2 에서 응답하셨는데요, 그 이유 때문에 아래의 경험을 얼마나 자주 겪으셨습니까?

		거의 항상	자주	종종	드물게	거의 없음
(1)	(검사, 상담, 치료를) 기대한 수준보다 적게 받았음	①	②	③	④	⑤
(2)	계속 받고 싶었으나 중간에 그만두었음	①	②	③	④	⑤

문 4. 지난 1 년간, 귀하께서는 병의원을 다녀온 후에도 여전히 만족스럽지 않았던 경험이 있으십니까?

- ① 예 ➡ 문 4-1 로 이동 ② 아니오 ➡ 문 5 로 이동

문 4-1. [문 4 에 ① 응답자만] 당시에 어떤 이유로 병의원을 다녀오셨습니까?

※ 여러 번 경험한 경우 가장 최근의 일 한 가지만 응답

- ① 증상이 점점 심해져 자가치료로는 부족하다고 느낀 경우

- ② 고혈압이나 당뇨와 같이 투약이나 검사를 위해 정기적으로 병원을 방문 하는 경우
- ③ 상태가 궁금하거나 불안하여 상담이나 검사, 건강검진을 받아보고 싶었던 경우
- ④ 특별한 증상은 없지만 일상적인 건강검진을 위해서
- ⑤ 가볍지 않은 질병으로 수술이나 입원을 했던 경우
- ⑥ 응급실에 가거나 119 를 불러야 했을 정도의 위급한 경우
- ⑦ 예방적 의료를 이용하기 위해(예방접종, 여행 전 상담 등)
- ⑧ 기타 _____

문 4-2. [문 4 에 ① 응답자만] 만족스럽지 않았던 **가장 중요한** 이유는 무엇이었습니까? (한 가지)

- ① 검사나 치료 효과가 기대에 미치지 못했기 때문에(원인 파악, 증상 완화, 통증 조절 등)
- ② 예방이나 사후관리(주의사항, 예상되는 결과, 재발 가능성 등)에 대해 충분한 설명을 듣지 못했기 때문에
- ③ 불안함과 궁금함이 여전히 남아있어서
- ④ 의료진(병원직원 포함)과의 접촉 중 불편한 경험을 해서(무시, 모멸감 등)
- ⑤ 불필요한 검사나 치료를 받은 것 같아서(과도한 상업성이 느껴져서)
- ⑥ 가계에 부담이 될 정도로 의료비를 지출하게 되어서
- ⑦ 기타 _____

문 4-3. [문 4 에 ① 응답자만] 병원을 다녀온 후에도 여전히 만족스럽지 못한 이유를 앞 문항인 문 4-2 에서 응답하셨는데, 그 이유 때문에 아래와 같은 일이 얼마나 자주 발생했습니까?

	거의 항상	자주	종종	드물게	거의 없음
(1) 다른 병원이나 의사를 새로 찾아보고 방문해야 했음	①	②	③	④	⑤

※ 다음 영역은 설문 목적에 따라 반복되는 요약 질문을 드릴 것입니다. 조금 불편하시더라도 질문을 잘 읽어주시고 끝까지 응답 부탁 드립니다.

C

의료필요의 미충족 경험 - 단축형

(치과치료, 치과검사는 제외 / 한의원, 한방병원은 포함)

문1. 지난 1 년간, 귀하께서는 병원에 가거나 의사를 만나야 하겠다고 생각한 후, 병원을 선택하고 찾아가는 과정에서 고민이 되어 다음 경험을 한 적이 있었습니까?

- ① 예, 고민은 되었지만 자연되거나 가지 못한 적은 없었음 ➡ 문 1-1 로 이동
- ② 예, 고민이 되어 필요한 때에 가지 못하고 늦추어짐 ➡ 문 1-1 로 이동
- ③ 예, 고민하다가 결국 가지 못함 ➡ 문 1-1 로 이동
- ④ 아니오, 병원 선택과 방문에서 고민해본 적이 없었음 ➡ 문 2 로 이동

문 1-1. [문 1 에 ①, ②, ③ 응답자만] 문 1 에서 응답하신 경험을 하게 된 **가장 중요한** 이유는 무엇이었습니까? (한 가지)

- ① 어디를 가야 할지 몰라서(정보 부족)
- ② 근처에 마땅한 병의원이 없어서
- ③ 혼자서 병의원에 가기가 어려워서
- ④ 의료비가 걱정되어서(경제적 부담)
- ⑤ 병의원 운영시간에 맞추어 시간을 내기가 어려워서
- ⑥ 기타 _____

문 2. 지난 1 년간, 귀하께서는 병의원을 이용(검사, 상담, 치료)하는 과정에서 불만족하거나 서비스를 필요한 만큼 받지 못해 다음과 같은 경험을 한 적이 있었습니까?

- ① 예, 불만족스러웠으나 이용 자체에는 문제 없었음 ➡ 문 2-1 로 이동
- ② 예, 필요했던 것보다 의료서비스를 적게 이용하게 되었음 ➡ 문 2-1 로 이동
- ③ 예, 끝까지 받지 못하고 중간에 이용을 그만두게 되었음 ➡ 문 2-1 로 이동
- ④ 아니오, 불만족하거나 필요한 만큼 받지 못한 적이 없었음 ➡ 문 3 으로 이동

문 2-1. [문 2 에 ①, ②, ③ 응답자만] 문 2 에서 응답하신 경험을 하게 된 **가장 중요한** 이유는 무엇입니까? (한 가지)

- ① 의료진(병원직원 포함)의 태도(불친절, 불성실 등)나 행동 때문에(설명 부족 등)
- ② 병의원의 시설이나 진료 환경이 환자에게 편안하게 되어 있지 않아서
- ③ 의료비가 생각보다 너무 많이 나와서
- ④ 기다린 시간에 비해 진료시간이 짧아서
- ⑤ 기타 _____

문 3. 지난 1 년간, 귀하께서는 병의원을 다녀온 후에도 여전히 만족스럽지 않았던 경험을 한 적이 있었습니까?

- ① 예, 만족스럽지 않았으나 다른 병의원은 찾지 않았음 ➡ 3-1 로 이동
- ② 예, 만족스럽지 않아서 다른 병의원을 방문했음 ➡ 3-1 로 이동
- ③ 아니오, 결과적으로 늘 만족스러웠음 ➡ [D. 의료필요 충족을 위한 자원]으로 이동

문 3-1. [문 3 에 ①, ② 응답자만] 문 3 에서 응답하신 경험을 하게 된 **가장 중요한** 이유는 무엇입니까? (한 가지)

- ① 검사나 치료를 받은 후에도 찾아간 문제가 제대로 해결되지 않거나 기대에 미치지 못해서
- ② 불안함과 궁금함이 여전히 남아있어서
- ③ 의료진(병원직원 포함)과의 접촉 과정에서 불편한 경험이 있었기 때문에(무시, 모멸감 등)
- ④ 과잉검사, 과잉진료 등 너무 상업적이라는 느낌을 받아서
- ⑤ 가계에 부담이 될 정도로 의료비를 지출하게 되어서

⑥ 기타 _____

D 의료필요 충족을 위한 자원 (기간을 한정하지 않음)

문1. 귀하께서는 병의원을 찾아보고 이용하는데 도움을 요청할 수 있을 만한 아는 의료인(병원 직원 포함)이 있습니까? (한 가지)

- ① 가족이나 가까운 친척 중 의료인이 있다
- ② 부탁이 부담스럽지 않을 정도로 가까운 관계인 의료인이 있다
- ③ 부담스럽지만 필요하면 부탁할 수 있는 관계인 의료인이 있다
- ④ 직접 아는 의료인은 없으나 간접적으로 부탁해볼 수 있다
- ⑤ 전혀 없다
- ⑥ 기타 _____

문2. 귀하께서 건강문제나 질병이 생겼을 때 병의원 이용과 관련하여 가장 자주 이용하는 정보원은 무엇입니까? (한 가지만)

- ① TV, 라디오 와 같은 대중매체
- ② 인터넷 검색(예: 네이버 지식인)
- ③ 공신력 있는 정보(예: 심사평가원의 병원정보)
- ④ 지인의 의견(비의료인)
- ⑤ 지인의 의견(의료인)
- ⑥ 기타 _____

문 3. 다음은 의료 필요를 기대한 만큼 충족할 수 있는 대응 가능성을 묻는 질문입니다. 다음 사항에 대하여 귀하의 상황은 어떠십니까?

	매우 그렇다	그런 편이다	보통 이다	아닌 편이다	거의 아니다
(1) 지금 다니는 병의원에 불만이 있다면 갈 수 있는 다른 병의원이 주변에 충분히 있다	①	②	③	④	⑤
(2) 나는 받은 검사/치료와 그 설명이 불만족스럽다면 추가/개선을 요구하거나 불만을 제기할 수 있다	①	②	③	④	⑤
(3) 나는 검사나 치료에 대한 의사의 설명을 이해하고 소통하는데 어려움이 없다	①	②	③	④	⑤

문 4. 귀하께서는 평소에 시간을 얼마나 자유롭게 낼 수 있으십니까?

※ 아래 그림을 참고하여 0 점에서 100 점 사이로 응답해주시시오. (_____ 점)



E

일반적 특성

문 1. 귀하께서 최종적으로 교육받으신 학교는 어떻게 되십니까?

- ① 초등학교 졸업 이하 ② 중학교 졸업 ③ 고등학교 졸업
 ④ 전문대(2~3 년제) 졸업 ⑤ 대학교(4 년제) 졸업 ⑥ 대학원 재학 이상

문 2. 귀하의 현재 취업상태는 어떻게 되십니까?

※ 직업군인은 ①번으로, 의무복무군인은 ③번으로 응답
 아르바이트, 프리랜서, 무급가족종사자가 일주일에 18시간 또는 하루 평균 3~4시간 일하는
 경우 경제활동을 하고 있는 것으로 보고 ①번으로 응답

- ① 취업/재직 중 ➡ 문2-1로 이동
 ② 취업준비 및 구직 중 ➡ 문3으로 이동
 ③ 학업·양육·가사·퇴직 등으로 경제활동을 하지 않음 ➡ 문3으로 이동

문 2-1. [문2의 ① 응답자만] 귀하의 직업은 무엇입니까?

※ 생산직: 단순노무 종사자, 기능원 및 관련 기능 종사자, 장치·기계 조작 및 조립 종사자,
 농림어업 종사자
 서비스·판매직: 서비스 종사자, 판매 종사자
 사무직: 사무 종사자, 전문가 및 관련 종사자, 관리자
 기타: 직업 군인, 종교관련 종사자 등

- ① 생산직 ② 서비스·판매직 ③ 사무직 ④ 기타

문 2-2. [문2의 ① 응답자만] 귀하의 종사상 지위는 무엇입니까?

- ① 고용계약기간 1년 이상 또는 정해진 채용 절차에 따라 입사한 상용근로자
 ② 고용계약기간 1개월 이상 ~ 1년 미만의 임시근로자
 ③ 고용계약기간 1개월 미만 또는 일일 단위의 일용근로자
 ④ 고용원이 있는 자영업자
 ⑤ 고용원이 없는 자영업자
 ⑥ 무급가족 종사자(임금을 받지 않고 가족이나 친인척 사업장에서 정규근로시간의 1/3
 이상 근무)

문 3. 귀댁의 월평균 가구소득은 어느 정도 되십니까?

※ 세전금액으로 같이 거주하는 가족의 근로소득·금융소득, 연금 및 보험소득, 사회보장소득, 자녀 혹은 친척으로부터 정기적으로 받는 금전지원을 모두 포함하여 답해 주십시오.

- ① 100만원 이하 ② 101~200만원 ③ 201~300만원 ④ 301~400만원
⑤ 401~500만원 ⑥ 501~600만원 ⑦ 601~700만원 ⑧ 701~800만원
⑨ 801~900만원 ⑩ 901~1,000만원 ⑪ 1,000만원 이상

문 3-1. 귀댁의 가구원은 귀하를 포함하여 총 몇 명이십니까? (_____명)

<마지막 질문입니다>

- 귀하께서 가장 처음 선별질문에서 응답해주셨던 '검사 또는 상담이나 치료를 위해 병의원에 가거나 의사를 만나야 하겠다고 생각한' 때에 비하여 현재의 건강상태는 어떻습니까?
① 매우 좋아졌음 ② 좋아진 편 ③ 그대로 ④ 나빠진 편 ⑤ 매우 나빠졌음

[설문에 응답해주셔서 감사합니다]

Abstract

Measurement and redefinition of unmet healthcare need : A people-centered view

Yukyung Park

Department of Health Care Management and Policy

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

Utilization of healthcare service is critical to life as a means of not only recovery from diseases but also social safety net including disease prevention and health maintenance and promotion. In terms of healthcare systems and policies, investigating the proper utilization of ‘needed’ healthcare is very important, and unmet need of healthcare is extensively used as an indicator. However, there is a criticism that the application of the studies are not enough compared to the rapidly cumulating amount of them. Limitation of the proposal of specific and relevant policies reflects that the previous concept and index of unmet healthcare need can not figure out the real unmet need of healthcare.

Previously, the geographical and economic accessibility were emphasized in the understanding of unmet healthcare need. It is

doubtful that those kinds of understanding in unmet healthcare need is appropriate, as healthcare needs are changing in accordance with societies and ages, and even though healthcare accessibility in Korean society has improved dramatically. While there are limitations in explaining this as a framework of the past, many studies could not reach to the exploration of fundamental concept of unmet healthcare need. This study has proposed a better way to measure the concept and components of unmet healthcare needs by re-establishing them, thus to provide a basis for better knowledge and policy proposals.

In order to overcome the limitations of existing concepts and measurement tools, this study sought to identify healthcare needs and unmet needs from the point of people's view beyond the expert's view. This is consistent with the trend of 'people-centered healthcare', which is attracting attention as a direction that the whole healthcare system should aim for. In the traditional healthcare needs definition, it is necessary to divide the healthcare needs defined by the experts into "need", what the lay-people felt necessary for them to be "want". The part of 'wants' that do not overlap with the 'needs' was neglected as the unnecessary part in the policy making. In the actual policy making process, however, the health insurance benefit item decision process is not only made by the expert judgment alone, but also reflected by the social meaning and the demand. From a practical point of view to find policy implications, it is more advantageous to include the definition of healthcare need as a concept of social need rather than to the needs defined by experts. The healthcare needs should include the need for socially defined needs such as meeting trustworthy doctor and psychiatric or psychological needs such as reducing uncertainty and reassuring, as well as biomedical needs.

The definition and measurement of unmet need of healthcare, dependent on the perspectives, are important for its application to policy-making. However, currently used measurement method and concept have not been sufficiently reviewed from a critical point of view. The present study was conducted to review the fundamental concept of unmet need of healthcare to make more progress in describing and improving the reality through the studies of unmet need of healthcare.

This study is composed of three parts. In the first part, the concept and components of unmet need of healthcare were reestablished through literature review and qualitative data analysis (Chapter 3). The data obtained from relevant literature review and individual in-depth interviews with a focus group were analyzed to investigate the definition and characteristics of unmet need of healthcare and to explore the factors and paths involved in the generation of unmet need of healthcare. In the second part, based on the result analyzed in the qualitative data, a survey inventory was developed to quantitatively measure unmet need of healthcare (Chapter 4). The questionnaire was developed by preparing and selecting survey items and by testing the reliability and validity. In the third part, a survey was conducted with 1,000 samples by using the developed inventory, and the result was quantitatively analyzed (Chapter 5). The statistical data were analyzed by descriptive statistics and cross tabulation analysis to identify the correlations between the unmet need of healthcare experiences and the components. A factor analysis was performed through multi-variable logistic regression. The results of the qualitative and quantitative analyses were comprehensively described in the final part of this article about the concept and components of unmet need of healthcare.

First part of the study showed that unmet need of healthcare was not determined by whether the healthcare is used or not, but found in various forms in the entire process of healthcare utilization from the recognition of the need to the result of healthcare utilization. Unmet need of healthcare was found to have a continuous nature, because it included not only non-utilization but also delayed utilization, utilization less than the need, and renounced utilization. Unmet need of healthcare may be generated even repeatedly in a certain stage of healthcare utilization. Therefore, unmet need of healthcare may refer to episodic experiences as well as a long-term situation that incurs such experiences. The existence or generation of unmet need of healthcare involves a complicated mechanism where personal factors, including individuals' resources and recognition, and social factors, including social norm and culture, interact with the healthcare system. Potential unmet need of healthcare included in the structure of healthcare system, a part of the social system, is expressed as different experiences, as it is affected by the conditions of personal resources and social norm, and may be either recognized or not recognized as unmet need depending on the individuals' recognition and social norm. As the unmet need of healthcare is increased due to the insufficiencies of the healthcare system, the unmet need should be satisfied more by individuals' capacity, which results in inequality in the society.

In the second part of the study, Version 1 of an questionnaire was developed on the basis of Study 1 by using the survey items that may be quantitatively measured, and the validity of the content was increased through cognitive interviewing and expert panel meetings. Version 2 of the questionnaire included survey items asking the experiences of unmet need of healthcare, situations requiring

healthcare, reasons of unmet need of healthcare experiences, and rate of individual types of unmet need of healthcare in three different stages: the healthcare search/selection/arrival stage, healthcare utilization stage, and post-healthcare utilization stage. The response options about the reasons of unmet need of healthcare experiences were reconstructed to include not only the personal factors, as in previous questionnaire, but also the systematic factors as well as their interactions. The questions about the unmet need of healthcare experiences were prepared both in a standard form and in a brief form, and their internal consistency was tested. In addition, the capabilities for responding to unmet need of healthcare, such as human resources, information sources, healthcare resources, time availability, and communication, were investigated to identify the factors involved in the intermediate stage. A sampling survey was conducted with 600 subjects residing in metropolitan cities, and the reliability of the inventory was tested by analyzing the internal consistency between the standard form and the compact form and between the main survey and the repeated survey. Based on the results of the first survey conducted with the 600 subjects, the questionnaire was partially revised to prepare Version 3 of the questionnaire. An additional survey was conducted with 400 subjects residing in smaller cities and counties.

The result of third part of the study shows that the rate of the subject who had an unmet need of healthcare experience was 30.8% in the healthcare search/selection/arrival stage, 22% in the intra-healthcare utilization stage, and 20.3% in the post-healthcare utilization stage, indicating that the rate was all higher than the values found in previous studies. The distribution of the reasons of unmet need of healthcare experiences in each healthcare utilization

stage was also different from the one found in previous studies. The responses to the survey items about the intra-healthcare utilization stage and the post-healthcare utilization stage revealed the reasons of unmet need of healthcare experiences that had not been found in previous studies. The reasons of unmet need of healthcare experiences were also dependent on the residential regions of the subjects, indicating that the healthcare delivery process and the quality of the healthcare service were different between metropolitan cities and smaller cities and counties. The result also showed that the rate and reason of unmet need of healthcare experiences in different stages were dependent on the situations requiring healthcare, suggesting that the measurement by this method may allow to understand the situations in various healthcare domains and prepare appropriate interventions. The socioeconomic class was related to the healthcare utilization and the resources for responding to unmet need of healthcare, and the resources were in return related to the unmet need of healthcare experiences. The analysis of the factors influencing unmet need of healthcare experiences showed that gender, education level, private healthcare insurance, healthcare utilization information sources, and time availability were significant factors to the unmet need of healthcare experiences, as found in previous studies. The survey items newly developed in the present study showed that age, subjectively recognized health level, and availability of replaceable healthcare institutions affected the unmet need of healthcare experiences in all the healthcare utilization stage, but educational level and time availability affected only in the intra- and post-healthcare utilization stages. The region of residence was a significant factor only in the healthcare search/selection/arrival stage. Therefore, different factors and mechanisms were involved in the stage of

searching for healthcare service and in the following stages, suggesting that different interventions suitable for the individual stages are necessary.

The result of the study showed that, first, the concept of unmet need of healthcare has various types and continuous and multi-dimensional characteristics than the professional defined needs and utilization itself. Second, the study showed that the factors to unmet need of healthcare include not only personal factors but also social norm and culture, and the resources which have important role in the intermediate pathway should also be considered. Third, since the inappropriateness of healthcare system cause unmet healthcare needs, the possibility of inequality is increasing as individuals should cope with their own resources.

We should remeasure the national status by using the new unmet healthcare need indicators if we agree with the need to change our view from profession to people's view. In the aspect of healthcare inequalities, the new unmet healthcare need indicator should be used to overcome limitations of previous indices and to explore the intervention points in detail. Through the comparison with the survey items included in the previous inventory, the present study showed that the scope of explainable phenomena and the perspective on interventions are dependent on the viewpoint and method of measurement. A more effective method of intervention may need to be developed by understanding the realistic problems more specifically by emphasizing the people's viewpoint with the efforts to investigate the intermediate mechanisms. In the future, accumulation of knowledge through in-depth studies of unmet healthcare need according to the characteristics of healthcare need, reason of the unmet need, specific subpopulation will provide more effective

interventions to improve the healthcare utilization of people including inequality.

keywords : unmet healthcare need, healthcare inequality,
healthcare needs, people-centered healthcare

Student Number : 2013-30673